

FACULTE DE MEDECINE

Travail du service du Professeur RICHE

L'Anesthésie rachidienne à la percaïne en chirurgie gastrique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1933

PAR

Seindel dite "Genia" VERTSMAN

Née le 30 Janvier 1892, à Odessa (Russie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITE (Mention Médecine)

Examineurs
de la Thèse

MM. RICHE, professeur, président.
LAPEYRE, Professeur.
MOURGUE-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

**L'ANESTHESIE RACHIDIENNE A LA PERCAINE
EN CHIRURGIE GASTRIQUE**

FACULTE DE MEDECINE

Travail du service du Professeur RICHE

L'Anesthésie rachidienne à la percaïne en chirurgie gastrique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1933

PAR

Seindel dite "Genia" VERTSMAN

Née le 30 Janvier 1892, à Odessa (Russie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITE (Mention Médecine)

Examineurs
de la Thèse

MM. RICHE, professeur, président.
LAPEYRE, Professeur.
MOURGUE-MOLINES, agrégé
ROUX, agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1
MONTPELLIER

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRE
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
	CABANNES
	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUES-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	LAUX
	N...
	COLL DE CARRERA
	GRANEL
	CARRERE



Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, profess., président.
LAPEYRE, professeur.

MM. MOURGUE-MOLINES, agrégé.
ROUX, agrégé.

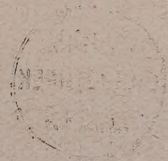
La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE REGRETTEE

A MON PERE

A MA SŒUR ET A MON FRERE REGRETTES

A MES SŒURS ET A MES FRERES



A MONSIEUR
LE DOCTEUR BLOUQUIER DE CLARET

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS
MANTEGUES ET FANTON D'ANDON

Avec ma gratitude et ma reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL DE GRASSE

A MONSIEUR ROUDIT
Directeur de l'Hôpital de Grasse

Avec mes remerciements.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Avec ma gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait en me confiant les observations de son service et en acceptant la présidence de ma thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
MOURGUE-MOLINES

Qui a bien voulu me proposer le sujet de ce travail et m'aider de ses conseils.

A MON JURY DE THESE

L'ANESTHÉSIE RACHIDIENNE A LA PERCAÏNE EN CHIRURGIE GASTRIQUE

INTRODUCTION

Il y a un an, dans le « Montpellier-Médical » du 15 décembre 1932, M. le Professeur Riche et ses collaborateurs, MM Mourgue-Molines et Lonjon, au terme d'une étude sur l'anesthésie en pratique chirurgicale, concluaient :

« L'anesthésie rachidienne reste, pour nous, la méthode de choix, pour toute la partie sous-diaphragmatique du corps. Nous demeurons fidèles à notre technique avec la scurocaïne concentrée ; mais la percaïne en solution légère constitue, incontestablement, un progrès à ne pas négliger, en particulier pour la chirurgie gastrique. »

Un an après, à l'instigation de M. le Professeur Riche, nous avons tenté de réunir dans ce modeste travail l'ensemble des observations des malades de son service opérés d'affections gastriques sous anesthésie rachidienne à la percaïne.

Nous nous sommes limités à l'étude de la rachipercaïne en chirurgie gastrique. En effet, ainsi que cela ressort du travail cité plus haut, dans le service

de notre Maître, où la rachi-anesthésie est considérée comme la méthode de choix dans près de 60 p. 100 des cas, c'est la scurocaïne en solution lourde, qui est couramment utilisée pour l'ensemble de la chirurgie sous-ombilicale et les opérations sur le membre inférieur. La percaïne n'a guère été employée dans ces cas, que dans une soixantaine d'observations, soit à titre d'essai au début, soit pour certaines opérations, spécialement longues (hystérectomie pour cancer, cancer du rectum).

Au contraire, c'est à la percaïne que l'on s'est adressé pour un nombre déjà relativement assez considérable d'opérations gastriques, trouvant, dans ce mode d'anesthésie, des avantages indiscutables.

L'anesthésie demeure, en effet, une des principales difficultés dans les interventions gastriques. On sait combien cette question reste discutée. A côté de partisans convaincus de l'anesthésie générale, un grand nombre d'opérateurs ont évolué et lui préfèrent les anesthésies localisées ; et il semble qu'à l'exemple de Finsterer, le grand spécialiste en chirurgie gastrique de Vienne, l'anesthésie locale, ou plutôt loco-régionale, fasse de plus en plus de progrès.

Nous essaierons de montrer, dans la suite de ce travail, que l'anesthésie rachidienne à la percaïne peut soutenir la comparaison avec les anesthésies locales, pour l'inocuité et la bénignité, en ce qui concerne le malade, et qu'elle présente pour le chirurgien des avantages évidents, qui ont, en définitive, pour résultat, une amélioration de la technique opératoire.

Cette thèse est basée sur 42 observations d'anesthésie à la percaïne, en chirurgie gastrique (11 autres rachi-percaïne pour interventions hautes, n'étant citées

que pour mémoire), que nous donnons en détail comme première partie de notre travail.

Après avoir rappelé brièvement la nature chimique et les propriétés de la percaïne et fait un court historique de son emploi dans l'anesthésie rachidienne, nous étudions successivement, à la lumière de nos observations :

1. LA TECHNIQUE, employée dans le service de M. le Professeur Riche (méthode des solutions hypobares de Jones) ;

2. LES AVANTAGES de ce genre d'anesthésie ;

3. LES REPROCHES dont la méthode peut être passible ;

4. LES INDICATIONS.

Nous terminerons par de brèves conclusions.

PREMIERE PARTIE

OBSERVATIONS

ANESTHESIES RACHIDIENNES à la PERCAINE
pratiquées dans le^e service
de Monsieur le Professeur RICHE
POUR INTERVENTIONS GASTRIQUES
de mai 1932 à décembre 1933

OBSERVATION I

CANCER DE L'ESTOMAC. GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1932, 243)

B... Etienne, 45 ans, cultivateur.

Troubles dyspeptiques depuis un an, pour lesquels il y a six mois, le malade a subi une appendicectomie. Mais, persistance des troubles, vomissement, amaigrissement.

Radiographie : tumeur pylorique sténosante, probablement néoplasique.

OPÉRATION le 9 mai 1932. *Opérateur* : Prof. RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500, 17 cm³. Injection en 10 minutes. Sédol une demi-heure avant; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : excellente. Relâchement musculaire parfait. Mais au début, au moment de l'exploration (tiraillements sur les mésos), le malade a quelques efforts de vomissements, vite calmés. Puis, calme complet jusqu'à la fin de l'intervention, qui a duré deux heures.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. Cancer du pylore, gros comme une mandarine.

Gastrectomie BILLROTH II.

Fermeture du ventre en un plan, à la soie.

Examen histologique : carcinome infiltrant.

Suites opératoires : très simples.

Sorti en très bon état, le 1^{er} juin.

Revu un an et demi après : va très bien.

OBSERVATION II

CANCER DE L'ESTOMAC. - GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1932, 407)

D... Augustine, 60 ans, Saint-Jean de Valeriscle.

Troubles digestifs ; vomissements, tumeur épigastrique perceptible.

OPÉRATION le 5 juillet 1932. *Opérateur* : Prof. RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 15 cm³, injectés en 8 minutes. Sédol 20 minutes avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie: au moment des tractions sur les mésos, à l'exploration de l'estomac, la malade a quelques nausées. Elle reste ensuite dans le calme le plus absolu, avec un visage coloré jusqu'à la fin de l'intervention, malgré sa longueur (2 h. 40). Silence abdominal parfait. Fermeture de la paroi très facile.

En fin d'intervention, le pouls est à 84 ; l'anesthésie dépasse encore la ligne mamelonnaire.

Intervention : laparotomie sus-ombilicale. On trouve une grosse tumeur de la grande courbure et de la face postérieure, dont la libération est très pénible.

Gastrectomie large à la Polya-Finsterer.

Fermeture du ventre aux fils de bronze.

Pièce de gastrectomie mesurant 9 cm. sur la petite courbure et 18 cm. sur la grande. Tumeur infiltrée très dure. Nombreux ganglions.

Suites opératoires : sans incidents.

Sortie le 13 août en bon état.

OBSERVATION III

STÉNOSE PYLORIQUE PAR CANCER. - GASTRECTOMIE

DÉCÈS POST-OPÉRATOIRE

(Obs. 1932, 507)

M... Anna, 53 ans, domestique à Montpellier.

Troubles digestifs. Vomissements abondants depuis trois mois. Gros amaigrissement, malgré l'embonpoint persistant.

Chimisme après histamine : acidité totale : 0 gr. 42 (pas d'H.Cl libre).

Radiographie : grosse image lacunaire pré-pylorique.

INTERVENTION le 13 octobre 1932. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³ ; injection en 8 minutes.

Marche de l'anesthésie : parfaite à tous points de vue.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur juxta-pylorique de la grosseur d'une orange, très peu mobile. Enorme infiltration graisseuse des mésos. La tumeur est adhérente au méso-côlon. En l'en séparant, on ouvre un abcès enkysté, dont le pus souille le péritoine, en dépit d'un assèchement rapide. Gastrectomie POLYA, selon la technique de PAUCHET. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : le lendemain, température à 39°5. Pouls filant à 120. Décès le troisième jour, manifestation de péritonite.

Pièce opératoire mesurant 10 cm. sur la petite courbure et 16 cm. sur la grande. *Histologiquement* : cancer cylindrique, avec métastases ganglionnaires.

OBSERVATION IV

STÉNOSE PYLORIQUE COMPLÈTE PAR CANCER.

GASTRECTOMIE

(Obs. 1932, 528)

D... François, 55 ans, chauffeur au Pouzols (Hlt).

Vient de médecine, où il était entré pour sténose pylorique.

INTERVENTION, le 10 octobre 1932. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne : à la percaïne à 1/500 : 18 cm³, injectés en 10 minutes. Sédol 25 minutes avant; trois injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : excellente. - Résolution musculaire parfaite. Insensibilité jusqu'à trois travers de doigt au dessus de la ligne mamelonnaire à la fin de l'intervention (durée : 2 heures). Pas un effort de vomissement, mais durant la première demi-heure le malade s'est plaint plusieurs fois de malaises (oppression, sensation de manque d'air). Une injection d'éphrédrine-adréraline fait disparaître ces malaises. A la fin de l'opération : faciès bien coloré, pouls 90, bien frappé.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Cancer pylorique du volume d'une grosse noix. Nombreux ganglions. Gastrectomie POLYA, selon la technique de PAUCHET. Fermeture du ventre en deux plans.

Pièce opératoire : épithélioma mucoïde, sans métastases ganglionnaires.

Suites opératoires : tout à fait bénignes. Sortie du malade : le 24^e jour.

OBSERVATION V

STÉNOSE PYLORIQUE COMPLÈTE PAR CANCER DU PYLORE GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1933, 32)

G... Ismaël, 52 ans, mineur, Robiac (Gard).

Depuis six mois, digestions difficiles et amaigrissements. Depuis 2 mois, vomissements de plus en plus abondants.

Radiographie : estomac géant, dilaté en forme de lampe juive, descendant au-dessous du pubis. Sténose pylorique complète d'origine néoplasique probable.

INTERVENTION, le 24 décembre 1932. *Opérateur* : docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la *percaïne* à 1/1.500 : 15 cm³, injectés en 7 minutes. Sédol une heure avant. Une seconde injection, après 50 minutes. 2 injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : Après 10 minutes de décubitus ventral, l'anesthésie ne remonte qu'à 3 travers de doigt au dessous de la ligne mamelonnaire. La résolution musculaire est bien moins bonne qu'à l'ordinaire. Le sujet, un peu agité se calme après la 2^e injection de sédol. L'opération se déroule sans incidents. La fermeture de la paroi est un peu difficile. L'opéré

se plaint ; mais il n'est pas besoin d'avoir recours à une autre anesthésie. A la fin de l'intervention, pouls à 96 bien frappé.

Opération : Laparotomie médiane sus ombilicale. Estomac géant à parois épaissies. Cancer pylorique de la grosseur du poing, très fixé. La libération est pénible. Gastrectomie très étendue. Polya selon la technique de PAUCHET. Fermeture du ventre en un plan, aux fils de bronze.

Examen de la pièce : Pièce de gastrectomie mesurant 15 cm sur la petite courbure et 25 cm. sur la grande. Très gros ganglions envahis par le néoplasme à l'examen histologique.

Suites opératoires : Très simples. Ni vomissements, ni fièvre. Ablation des fils, le 17^e jour. Sortie en bon état, le 35^e jour.

OBSERVATION VI

ULCÉRO-CANCER PYLORIQUE ADHÉRANT A LA VESICULE.

CHOLÉCYSTECTOMIE ET GASTRECTOMIE.

DÉCÈS POST-OPÉATOIRE.

(Obs. 1933, 74)

B... Alphonse, 59 ans, forgeron à Montpellier.

Troubles dyspeptiques par périodes, depuis 3 ans, avec douleurs après les repas et renvois acides. Forte crise douloureuse il y a 3 mois. Depuis un mois, vomissements incessants. Amaigrissements de 12 kilogs.

Radiographie : Sténose pylorique complète, vraisemblablement par tumeur.

Chimisme après histamine : acidité totale 1 gr. 39.

INTERVENTION le 21 février 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie : à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³ injectés en 10 minutes, après sédol et éphédrine.

Marche de l'anesthésie : Parfaite.. Calme complet du malade ; silence abdominal remarquable. Analgésie remontant à la ligne mamelonnaire à la fin de l'intervention (durée 2 heures 50). A ce moment, pouls petit (malade choqué).

Opération : incision médiane sus ombilicale. Grosse tumeur pylorique adhérente à la vésicule biliaire et au pancréas. Au cours de sa libération, la vésicule est largement ouverte : cholécystectomie. Séparation difficile d'avec le pancréas (hémorragie diffuse). Gastrectomie large à la POLYA-FINSTERER. Fermeture du ventre en un plan.

Suites opératoires : malade choqué. Le lendemain matin, température à 39 degrés. Pouls à 140. Exitus dans la soirée.

OBSERVATION VII

CANCER DE L'ESTOMAC. GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1933, 373)

N... Pierre, 57 ans, terrassier, Montpellier.

Douleurs gastriques, vomissements, gros amaigrissement.

Radiographie : estomac atonique avec grosse déformation du canal pylorique, fixé et douloureux.

OPÉRATION le 7 février 1933. *Opérateur* : Prof. RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 15 cm³.
(sujet de petite taille : 1 m. 61). Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : Parfaite tant comme relâchement pariétal que comme calme du malade et perfection de l'anesthésie. Cependant à la fermeture du ventre, l'opéré dit qu'il souffre un peu pour les derniers points de suture.

Durée de l'intervention : 2 heures 20.

Intervention : Laparotomie sus ombilicale. Tumeur pylorique avec grosse adénopathie. Gastrectomie large à la Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en 2 plans.

Pièce opératoire : pièce de gastrectomie mesurant 11 cm. sur la petite courbure et 16 cm. sur la grande. Histologiquement : épithélioma atypique infiltrant.

Suites opératoires : excellentes du point de vue digestif, mais phlébite post-opératoire. Scie fin avril en très bon état.

OBSERVATION VIII

CANCER DE L'ESTOMAC, AYANT INFILTRÉ LE MÉSOCON
TRANSVERSE. GASTRECTOMIE LARGE ET COLECTOMIE
SEGMENTAIRE.
(Obs. 1933, 517)

M... Francisco, 57 ans, cultivateur, Cazouls-les-Béziers.

Malade présentant depuis quelques mois, un syndrome pylorique typique ; a maigri de 15 kilos. Vomit actuellement tous les jours. La radiographie mon-

tre un estomac distendu avec, dans la région pylorique, une image lacunaire importante, répondant à une infiltration néoplasique.

INTERVENTION le 2 septembre 1933. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Rachi-anesthésie : à la percaïne à 1/1.500 : 18 cm³ (injectés en 10 minutes). Décubitus ventral : 10 minutes ; 1 cm³ de sédol, demi-heure avant la rachi, 3 centig. d'éphédrine au moment de la ponction lombaire éphédrine-caféine au début de l'intervention.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Relâchement musculaire absolument remarquable. Pas une nausée. Le visage reste coloré ; le pouls bien frappé malgré l'importance et la longueur de l'intervention (près de trois heures). Aucun shock. Fermeture de la paroi très facile ; les muscles étant encore en parfait relâchement.

Description de l'opération : laparotomie médiane sus-ombilicale ; énorme cancer de la grande courbure et de la face postérieure de l'estomac infiltrant le méso-côlon et englobant l'artère colique moyenne et son arcade. On pratique :

1° Une gastrectomie très étendue par section et fermeture première du duodénum, section haute de l'estomac ; anastomose gastro-jéjunale termino-latérale à la Polya-Finsterer.

2° La résection de toute la partie moyenne du côlon transverse, dont les vaisseaux nourriciers sont englobés par la tumeur. Reconstitution de la continuité colique au bouton de Villard. Suture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Description de la pièce. — Elle comprend l'estomac, mesurant 14 cm., sur la petite courbure, et 23 cm.

sur la grande. L'estomac ouvert montre une grosse tumeur indurée, végétante, presque circonférencielle dans la région pré-pylorique, et un deuxième noyau de la grosseur d'une noix, en pleine paroi postérieure, à la partie tout à fait haute du segment réséqué.

Suites opératoires : intervention bien supportée.

Pendant les six premiers jours, la température ne dépasse pas 37°8. Puis, elle s'élève entre 38° et 38°7, pendant quelques jours, par suite de l'évolution de petits foyers pulmonaires. Il n'y a aucun vomissement. Première selle le troisième jour. Cicatrisation parfaite et ablation des fils, le dix-septième jour.

La radiographie de contrôle, le 3 octobre, montre un estomac très petit, se vidant rapidement dans l'intestin. Le bouton de Villard n'est plus visible.

Le 6 octobre, le malade rentre chez lui, ayant déjà sensiblement augmenté de poids.

OBSERVATION IX

ULCUS DUODÉNAL TÉREBRANT DANS LE PANCREAS

GASTRECTOMIE

(Obs. 1932, 556)

I... Edmond, 40 ans, manoeuvre à Saint-Quentin.

Vient de médecine, où il était entré pour douleurs gastriques et vomissements.

Chimisme gastrique après histamine : acidité totale : 2 gr. 24.

Radiographie : sténose pylorique par ulcère.

INTERVENTION le 29 septembre 1932. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 18 cm³, injectés en 9 minutes, précédée de Sédol, demi-heure avant, deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite ; relâchement musculaire étonnant ; calme parfait du malade, qui reste coloré, avec un pouls excellent, malgré la longueur de l'intervention (plus de deux heures). La fermeture de la paroi est très facile, le relâchement restant excellent.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale.

Enorme estomac distendu. Pylore fixé par ulcus duodénal, pénétrant dans le pancréas.

Grosse péri-gastrite. Séparation difficile du duodénum et du pancréas (le fond de l'ulcère est laissé adhérent à la glande). Gastrectomie large à la Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires : très bonnes, sans incidents ; le malade sort au bout d'un mois, ayant engraisé de 4 kilos.

OBSERVATION X

STÉNOSE PYLORIQUE

ULCUS ANCIEN, PÉNÉTRANT DANS LE PANCRÉAS

GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1932, 650)

P... Léon, 52 ans, cultivateur à Saint-Vincent (Ardèche)

Malade cachectique, ayant maigri de plus de 20 kilos en quelques mois. Vomit tout ce qu'il prend.

Chimisme gastrique, après histamine : acidité totale : 2 gr. 66.

Radiographie : sténose pylorique complète.

INTERVENTION le 22 décembre 1932. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, injectés en 9 minutes ; sédol une demi-heure avant et deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Silence abdominal impressionnant ; le malade somnole durant toute l'opération. Il ne commence à se plaindre que quatre heures après.

Aucun vomissement post-opératoire ; mais oligurie très marquée, en dépit d'injections de sérum. ,

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Enorme estomac distendu. Tumeur pylorique très dure, adhérente au pancréas. Nombreux ganglions le long de la petite courbure. Aspect de concer. On se décide à faire une résection ; celle-ci est très difficile, à cause des adhérences au pancréas et de la friabilité des tissus.

Gastrectomie large à la Polya-Finsterer.

Fermeture du ventre en un plan, aux fils de bronze.

Suites opératoires : malade très choqué ; urine, peu pendant 48 heures. Foyer de congestion pulmonaire le troisième jour, avec température à 39° ; pouls à 140 ; pas de vomissement. Le quatrième jour, la température redescend à 37°8 ; pouls à 90 ; mais oligurie toujours très marquée. Le cinquième jour, 300 grammes d'urines seulement en 24 heures. Azotémie : 0 gr. 68.

Sixième jour : en dépit d'un mieux apparent de

l'état général : la langue étant plus humide et 300 gr. d'urines ayant été émises, la malade tombe dans le coma, vers 16 heures, et meurt deux heures après. Nécropsie impossible.

OBSERVATION XI

ULCUS CALLEUX DE LA PETITE COURBURE HAUT SITUÉ
GASTRECTOMIE SUB-TOTALE. - DÉCÈS POST-OPÉATOIRE

(Obs. 1933, 17)

F... Jean, 51 ans, cantonnier à La Malène (Lozère).

Depuis quatre ans, douleurs gastriques par périodes, avec vomissements calmant les douleurs. Amaigrissement de 3 kilos depuis deux mois.

Radiographie : à la partie haute de la petite courbure, niche de Haudek typique. Hyperkinésie avec évacuation rapide.

Chimisme, après histamine : acidité totale: 0 gr. 43. Pas d'HCl libre.

INTERVENTION le 10 janvier 1933. *Opérateur*: Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 9 minutes. Une injection de sédol, 50 minutes avant ; une seconde, au début de l'intervention ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : absolument remarquable de perfection ; silence abdominal ; relâchement musculaire, durée (après trois heures d'intervention, l'anesthésie remonte au-dessus de la ligne mamelonnaire).

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Toute la petite courbure est occupée par une volumineuse tumeur calleuse. Etant donné l'hypochlorhydrie révélée par le chimisme, on craint qu'il y ait dégénérescence cancéreuse et on fait la résection.

Débridement latéral, avec section du rebord costal gauche. Dépouillement de la grande courbure à la Témoin. Section et fermeture du duodénum, sans incident. Dissection du petit épiploon. L'ulcère, qui a pénétré dans le méso est ouvert (écoulement de liquide gastrique). Libération très pénible d'avec le pancréas. L'ulcère remonte jusqu'au cardia et il faut faire une résection en gouttière atypique pour l'enlever. Il ne reste de l'estomac que la grosse tubérosité. Reconstitution très difficile au niveau du cardia, qui eût été impossible si le relâchement pariétal n'avait pas été parfait. Anastomose entre la petite poche gastrique reconstituée et le jéjunum. Fermeture du ventre aux fils de bronze.

Suites opératoires : péritonite et exitus le troisième jour. Nécropsie. Lâchage de suture au niveau du cardia.

OBSERVATION XII

ULCÈRE PRÉ-PYLORIQUE. - GASTRECTOMIE. - BILLROTH II
(Obs. 1933, 66)

E... Aristide, 33 ans, représentant de commerce à Montpellier.

Douleurs violentes gastriques depuis plus de dix ans, survenant par crises cycliques. Pyrosis, sensation

de brûlures deux à trois heures après les repas. Pas de vomissements. Pas d'hématémèse. Mélaena.

Amaigrissement de 3 kilos.

Chimisme après histamine : acidité totale : 2 gr. 84.

Radiographie : estomac hyperkinétique, niche pylorique douloureuse à la pression.

INTERVENTION le 21 janvier 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 9 minutes. Sédol 30 minutes avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Relâchement musculaire absolument complet, facilitant grandement les manœuvres opératoires.

A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte jusqu'à la clavicule.

Malade très calme ; reste bien coloré jusqu'au bout de l'opération, malgré la longueur de celle-ci (2 h.35).

Opération : laparotomie sus-ombilicale. Gros ulcère calleux pré-pylorique.

Gastrectomie Billroth II. Fermeture du ventre en deux plans.

Pièce de gastrectomie mesurant 9 cm. sur la petite courbure et 14 cm. sur la grande.

Suites opératoires : très simples. Aucun choc. La température reste au-dessous de 38°.

Le malade sort guéri le 20 février.

OBSERVATION XIII

ULCUS DUODÉNO-PYLORIQUE. - GASTRO-PYLORECTOMIE

(Obs. 1933, 352)

R... Michel, 52 ans, mineur, au Martinet (Gard).

Le malade entre dans le service pour douleurs gastriques vives, avec brûlures et aigreurs apparaissant tardivement. Vomissements à jeûn. Amaigrissement. Asthénie.

Chimisme gastrique après histamine, acidité totale : 0 gr. 98.

Radiographie : ulcus duodéno-pylorique.

INTERVENTION le 17 juin 1933. *Opérateur* : Docteur AIMES.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³
Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : bonne.

Opération : incision xypho-ombilicale. Ulcus de la petite courbure. Ligature des vaisseaux, section de l'estomac à la partie moyenne, entre deux rangées d'agrafes placées par l'appareil de Von Petz.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : normales ; mais le onzième jour, le malade fait une mélaena abondante (sang rouge), que l'on peut attribuer peut-être à l'évacuation des agraphes.

OBSERVATION XIV

ULCÈRE CALLEUX PRÉ-PYLORIQUE

GASTRECTOMIE LARGE

(Obs. 1933, 386)

C... Benjamin, maçon à Montpellier.

Souffre depuis sept ans de gastralgies. Depuis deux ans, crises douloureuses fréquentes, particulièrement avant les repas et deux heures après. Vomissements fréquents depuis six mois.

Chimisme à jeûn : acidité totale : 3 gr. 32.

Radiographie : estomac atonique, hypokinétique, ne s'évacuant pas. Région pylorique très douloureuse et peu mobilisable. Bulbe duodénal déformé. Diagnostique : ulcus pylorique.

INTERVENTION le 20 janvier 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 9 minutes ; sédol demi-heure avant ; deux injections d'éphédrine. Excellente : pas une nausée, visage bien coloré ; silence abdominal parfait. Fermeture du ventre très facile.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Gros ulcère calleux pré-pylorique adhérent au pancréas. En son centre, une perforation semble imminente. Nombreuses adhérences péri-duodénales fixant la première portion du duodénum.

Gastrectomie large à la Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en deux plans.

Pièce de gastrectomie, mesurant 12 cm. sur la petite courbure, 18 cm. sur la grande.

Suites opératoires : très simples. La température n'atteint pas 38°. En un mois, augmentation de poids de 4 kilos 700.

Une petite fistulette pariétale laisse écouler un peu de liquide séreux (liquide pancréatique ?). Elle se ferme, puis se rouvre ; et un fil de soie s'élimine ; son extirpation est suivie d'une issue abondante de la bile par la fistule, qui se referme définitivement en dix jours.

OBSERVATION XV

ULCUS CALLEUX PYLORO-DUODÉNAL. - GASTRECTOMIE

(Obs. 1933, 559)

Ez... Carol (Hongrois), 31 ans, mineur, Le Martinet (Gard).

Douleurs gastriques après les repas, depuis deux ans. Pyrosis, vomissements calmant les douleurs. Amaigrissement : 8 kilos.

Radiographie : estomac dilaté. Bulbe très déformé et douloureux.

Chimisme après histamine : acidité totale : 2 gr. 90.

INTERVENTION le 6 septembre 1933. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 18 cm³, injectés en 9 minutes et demie. Sédol, plus deux éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Malade calme, visage coloré d'un bout à l'autre de l'intervention. Relâchement musculaire excellent. À la fin de l'opéra-

tion, l'anesthésie remonte encore à la clavicule. Pouls bien frappé, un peu ralenti (à 64).

Retour de la sensibilité très tardif : 5 heures après l'opération.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Ulcère calleux pyloro-duodénal. Gastrectomie à la Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en deux plans.

Pièce de gastrectomie mesurant 9 cm. sur la petite courbure et 15 sur la grande. Ulcère térébrant.

Suites opératoires : simples. Sortie du malade le trentième jour.

OBSERVATION XVI

ULCÈRE DU DUODÉNUM. - GASTRECTOMIE (Obs. 1933, 575)

M. Thomas, cultivateur, 49 ans.

Douleurs après les repas, vomissements, amaigrissement.

Radiographie : ulcère pyloro-duodénal.

OPÉRATION le 15 septembre 1933. *Opérateur* : Docteur LONJON.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, selon la technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur pylorique adhérente au pancréas. Gastrectomie à la Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites : normales

Le malade sort le 20 novembre.

OBSERVATION XVII

ULCÈRE DUODÉNAL. - GASTRECTOMIE

(Obs. 1933, 590)

M... François, 46 ans, cultivateur à Villeneuve- les Maguelone.

Douleurs gastriques très anciennes, très accrues depuis deux ans. Hématémèse il y a vingt jours.

Radiographie : ulcère pylorique.

OPÉRATION le 17 octobre. *Opérateur* : Docteur LONJON.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³. Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite comme résolution musculaire. Silence abdominal, durée et étendue de l'anesthésie, mais le malade gémit.

Intervention : laparotomie sus-ombilicale ; ulcère pylorique sur le versant duodéal. Gastrectomie Polya-Finsterer. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : très bonnes du point de vue digestif mais broncho-pneumonie post-opératoire.

Sort guéri le 28 novembre.

OBSERVATION XVIII

GASTRECTOMIE POUR ULCÈRE PYLORIQUE

(Obs. 1933, 636)

C... Louis, 56 ans, Clermont-l'Hérault.

Douleurs gastriques, vomissements, amaigrissement marqué.

Radiographie : ulcère probable de la petite courbure.

Chimisme après histamine : acidité totale : 0 gr. 60.

OPÉRATION le 9 décembre 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

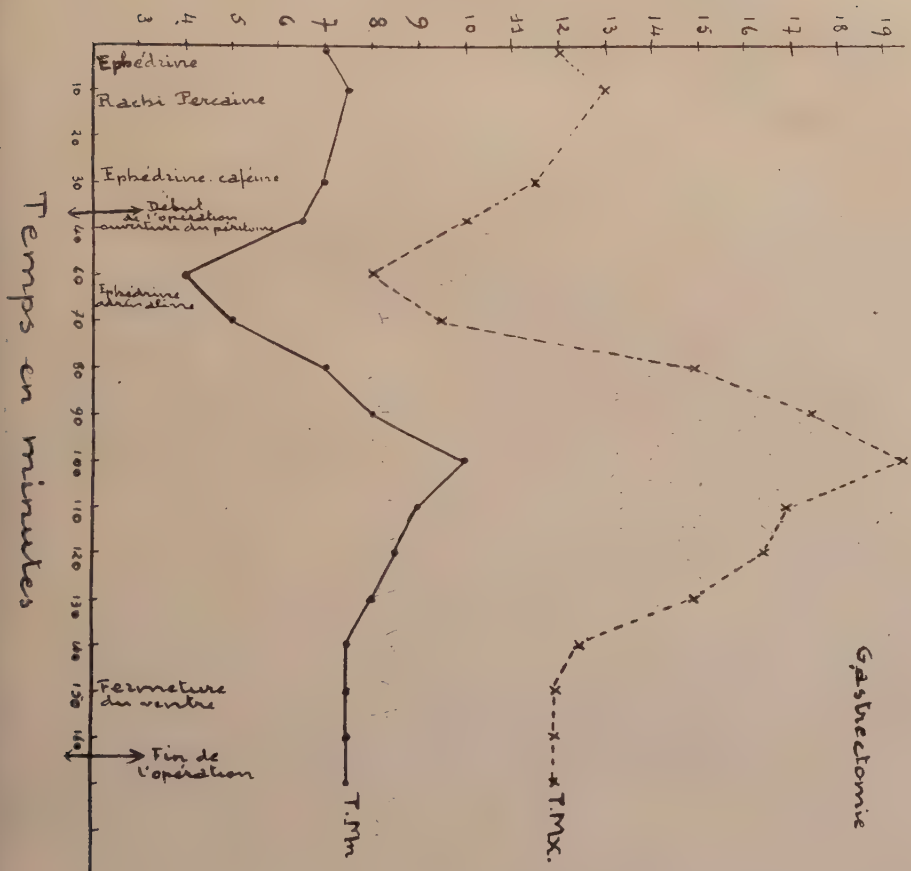
Anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³ 1/2, le sujet étant de petite taille (1 m. 61), injectés en 7 minutes. Deux injections d'éphédrine. Ponction lombaire très difficile, n'a pu être faite que dans le quatrième espace.

Marche : très bonne, malgré une petite baisse de tension à l'ouverture du péritoine ; très amplement compensée après une nouvelle injection d'éphédrine-caféine. Silence abdominal parfait jusqu'à la fermeture. A ce moment le sujet gémit un peu et pousse.

Incision médiane sus-ombilicale. Exploration de l'estomac ; zone d'épaississement de la petite courbure en avant du pylore, paraissant répondre à un ulcère. Etant donné l'hyochlorhydrie du malade, on décide de faire la résection.

Décollement colo-épiploïque. Libération de la grande courbure et du pylore (un peu hémorragique). Section du duodénum, qui est mobile, au thermo, entre 2 pinces. Hémostase de la petite courbure ; rabattement

Tension artérielle au Vaquez



56 ans.
Poids 54 kg
Taille 1m, 60
Perte 16, 5.
Rouls :
avant opération : 60
Rendement : 90
A 12 fin de l'opér. : 70
Pas de nausée
Facies coloré
Bilan abdominal
Régulier parfait
sauf à la fin pour
la fermeture.

de l'estomac vers la gauche. Fermeture du bout duodénal ; un surjet au catgut sur la tranche, dont les 2 extrémités sont réunies pour plicaturer le duodénum à la manière de Cunéo. Enfouissement par un double surjet à la soie. Rabattement du petit épiploon par dessus. Section de l'estomac à 7 ou 8 cm. du pylore POLYA-FINSTERER typique. Fermeture en deux plans.

Suites opératoires : sans incidents.

OBSERVATION XIX ET XX

ULCÈRE DE LA PETITE COURBURE

GASTRECTOMIE. - VOMISSEMENTS BILIEUX SECONDAIRES

DEUXIÈME INTERVENTION. - MORT

(Obs. 1933, 499)

D... Catherine, 47 ans, Entraygues (Vaucluse).

Depuis deux ans, douleurs gastriques à type de brûlures après les repas. Recrudescence depuis deux mois, avec pyrosis et nausées. Amaigrissement de 17 kilos, de 96 à 79 kilos.

Radiographie : déformation du bulbe duodénal. Zone très douloureuse sur la petite courbure.

Chimisme après histamine : pas d'HCl libre. Acidité totale : 0 gr. 35.

OPÉRATION le 12 septembre 1933. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Rachi-anesthésie à la percaïne 1/1500 : 17 cm³, injectés en 9 minutes. Sédol une demi-heure avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Résolution musculaire remarquable. Calme absolu. A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte à la ligne mamelonnaire.

Visage resté coloré. Pas une nausée, mais, au début, *le malade a accusé, durant quelques minutes, une sensation d'oppression et de manque d'air.*

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un ulcère de la petite courbure avec épaississement du petit épiploon. En raison de l'hypochlorhydrie, qui fait redouter la dégénérescence de l'ulcère, on pratique la résection gastrectomie à la Polya-Finsterer, rendue difficile par l'infiltration graisseuse des mésos. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : sans incidents les premiers jours.

Vers le quinzième jour, apparition de vomissements bilieux électifs. La radioscopie montre que l'estomac se vide mal. Malgré un traitement par lavages d'estomac et atropine, les vomissements persistent et la malade s'affaiblit de plus en plus et est subictérique.

DEUXIÈME OPÉRATION le 16 octobre 1933. *Opérateur* :
Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 14 cm³, injectés en 8 minutes. Deux injections d'éphédrine pré-opératoires, comme à l'ordinaire, puis, une troisième, 15 minutes après le début de l'intervention.

Marche de l'anesthésie : relâchement musculaire parfait. Analgésie jusqu'à la ligne mamelonnaire.

Le ventre ouvert, la malade pâlit et le pouls devient très faible. Respiration superficielle. Puis, période d'excitation avec cris et effort pour détacher les mains.

Malgré une injection d'éphédrine-adréraline et l'administration de CO², avec l'appareil de Talheimer, la malade reste lypothymique durant toute l'opération, à la fin de laquelle, elle est très choquée.

Intervention : ouverture du ventre sur l'ancienne cicatrice. L'anastomose gastro-jéjunale est entourée par le mésocôlon énormément infiltré, cartonné, et qui comprime l'anse efférente de la bouche. A travers cette masse infiltrée, on dégage péniblement le jejunum et l'on fait une nouvelle anastomose avec la face antérieure de l'estomac. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : Le soir, la malade est très choquée et elle succombe le lendemain, 24 heures après l'intervention.

OBSERVATION XXI

ULCUS DE LA PETITE COURBURE

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSOCOLIQUE

(Obs. 1933, 19)

B... Marius, 40 ans journalier à Gallargues (Hérault).

Vient de médecine, où il était entré pour douleurs gastriques et vomissements.

Chimisme gastrique après histamine : acidité totale : 2 gr. 62.

Radiographie : gastrite.

INTERVENTION le 7 décembre 1932. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : bonne, malgré quelques vomissements au début au moment où l'on tire sur les mésos.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Volumineux ulcus de la petite courbure ; la zone d'induration, cartonneuse, s'étend en haut, jusqu'au cardia.

Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. On l'exécute aussi rapprochée du pylore que possible et très verticale, sans incidents ni accidents. Suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires : très bonnes. Le malade sort le 30 janvier 1933, ayant engraisé de 4 kilos.

OBSERVATION XXII

ULCUS DUODÉNAL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE TRANSMÉSOCOLIQUE

(Obs. 1933, 49)

D... Victor, 31 ans, journalier à Maureilhan (Hérault).

Troubles digestifs avec douleurs épigastriques. Les douleurs s'accroissent par la prise d'aliments. Des éructations acides et vomissements. Amaigrissement.

Radiographie : Ulcère duodénal.

INTERVENTION le 9 janvier 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³. Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

OPÉRATION : incision médiane sus-ombilicale. Ulcère siégeant sur la petite courbure à trois travers de doigts avant le pylore ; son volume est de 2×2 cm. environ.

Vésicule biliaire un peu coudée à son extrémité distale.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Fermeture du ventre, plan par plan.

Suites opératoires : sans incidents.

OBSERVATION XXIII

ULCUS DUODÉNAL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE

(Obs. 1933, 248)

B... Louis, mécanicien à Aigues-Mortes.

Troubles digestifs depuis la fin de la guerre. Il y a un an, crises douloureuses survenant par période. Habituellement, l'absorption d'aliments calme les douleurs. Pas de vomissements ; pas d'hématémèse ni de mélaena. Appétit conservé. Amaigrissement.

Chimisme gastrique, après histamine : acidité totale : 2 gr. 37.

Radiographie : ulcus duodénal.

INTERVENTION, le 26 mai 1933. *Opérateur* : Docteur LONJON.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³.
Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

Opération : incision médiane sus-ombilicale. Ul-

cère de la face antérieure de la première portion du duodénum.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, sans incidents.

Suites opératoire : normales.

OBSERVATION XXIV

ULCUS DUOÉNAL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE TRANSMÉSOCOLIQUE
(Obs. 1933, 281)

D... N... Agnès, 29 ans, sans profession, Montpellier.

La malade souffre de l'estomac depuis sept ou huit ans, mais irrégulièrement. Depuis le mois de septembre 1932, elle souffre régulièrement après les repas, une heure environ. Le régime et une médication alcaline ne l'ont pas améliorée. Elle se décide donc à se faire opérer.

Radiographie : ulcus probable du bulbe duodéal.

INTERVENTION le 30 mai 1933. *Opérateur : Docteur LONJON.*

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 15 cm³.
Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

Opération : incision médiane sus-ombilicale. Estomac ptosé. Sur la première portion du duodénum, face postérieure, une zone indurée, épaisse, de l'étendue d'une pièce de un franc.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.
Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires : le deuxième jour, quelques vomissements, qui cessent après un lavage d'estomac.

La malade sort au bout de treize jours.

OBSERVATION XXV

ULCUS CALLEUX PRÉ-PYLORIQUE. - GASTRO-ENTÉROSTOMIE
(Obs. 1933, 332)

J... Balbine, 57 ans, s. p., Montpellier.

Douleurs gastriques par crises intermittentes depuis un an. Douleurs en broche et vomissements depuis deux mois. Amaigrissement modéré.

Cinisme après histamine : acidité totale : 2 gr. 90.

Radiographie : sténose pylorique.

INTERVENTION le 23 février 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie : percaïne à 1/1.500 : 15 cm³, injectés en 5 minutes. Sédol 5 minutes avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : médiocre. La malade gémit au moment de l'exploration de l'estomac et de la traction sur les mésos. Ces tractions provoquent des nausées. Relâchement musculaire suffisant. Fermeture du ventre facile et sans réactions douloureuses. A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte à l'appendice xyphoïde. La malade est restée bien colorée.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale : grosse tumeur de la petite courbure, immédiatement en avant du pylore, mais remontant haut vers le cardia et très fixée. Il paraît s'agir d'un ulcus calleux.

L'anesthésie n'étant pas parfaite, on renonce à faire la résection.

Gastro-entérostomie postérieure à la suture. Fermeture du ventre en deux plans (points séparés au catgut et crins).

Suites opératoires: simples, du point de vue digestif mais compliquées par l'apparition en deux temps successifs d'une phlébite double.

Sortie le 20 juillet, en très bon état.

OBSERVATION XXVI

ULCUS DUODÉNAL

GASTRO-ENTÉROSTOMIE POSTÉRIEURE TRANSMÉSOCOLIQUE
(Obs. 1933, 603)

M...Ginès, 34 ans, cultivateur à Roujan (Hérault).

Souffre de l'estomac depuis l'âge de quatorze ans ; mais, depuis le mois d'août dernier, ses douleurs ont redoublé de violence. Les douleurs surviennent deux à trois heures après les repas. Actuellement, elles sont continues, s'accompagnent de vomissements alimentaires ; pas de mélaena.

Chimisme gastrique après histamine: acidité totale : 2 gr. 84.

Radiographie : ulcus duodéal.

INTERVENTION, le 16 novembre 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³. Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

OPÉRATION : incision médiane sus-ombilicale. Sur la région pyloro-duodénale zone blanche indurée ; ulcère ancien pyloro-duodénal. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. Bouche grande, très rapprochée de la grande courbure. Technique habituelle.

Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : normales.

OBSERVATION XXVII

ULCUS DUODÉNAL ANCIEN

GASTRO-ENTÉROSTOMIE TRANSMÉSOCOLIQUE

(Obs. 1933, 610)

N... Edouard, 35 ans, soutireur à Sète (Hérault).

Le malade vient du service du Professeur TERRACOL, où il était entré pour une déviation de cloison, en accusant en même temps des troubles gastriques.

Depuis 1920, le malade se plaint de l'estomac. En 1930, forte crise, avec amaigrissement de 12 kilos. Douleurs survenant deux heures après les repas ; elles sont violentes, siègent au creux épigastrique. Pas d'hématémèse.

Chimisme gastrique après histamine : acidité totale : 3 gr. 21.

Radiographie : ulcus probable.

INTERVENTION le 23 novembre 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, injectés en 6 minutes. Sédol, fait juste avant l'opération seulement. Deux injections d'éphédrine. Décubitus ventral : 8 minutes.

Marche de l'anesthésie : parfaite comme résolution musculaire et analgésie ; mais le malade se plaint au début.

Opération : incision sus-ombilicale. Estomac distendu ; pylore fixé au foie. Adhérences du duodénum à la vésicule biliaire. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique qui se fait sans incident, selon la technique habituelle.

Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : sorti le 13 décembre.

OBSERVATION XXVIII

ULCUS DUODÉNAL ANCIEN

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

(Obs. 1933, 618)

M... Michel, 44 ans, agriculteur, Le Pouget (Hérault).

Douleurs gastriques depuis cinq ans, calmées par les vomissements. Ni hématurie, ni mélaena. Gros amaigrissement.

Chimisme après histamine ; acidité totale : 2 gr. 30.

Radiographie : ulcus pylorique.

INTERVENTION le 1^{er} décembre 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 9 minutes, la ponction ayant été faite en décubitus latéral droit et aucune spoliation de liquide céphalo-rachidien n'ayant été pratiquée. Décubitus ventral pendant 10 minutes. Une injection de sédol avait été faite 20 minutes avant la rachi. Deux inje

tions d'éphédrine au cours de celle-ci : une au moment de la ponction lombaire, l'autre 17 minutes plus tard, au moment où l'on remettait le sujet sur le dos.

Avant la rachi, le pouls était de 80 ; la pression artérielle, au Vaques : T. Mx : 9 ; T. Mn : 6.

Après la ponction et la première injection d'éphédrine : P. : 80 ; T. Mx : 12 ; T. Mn : 7,5.

Après la rachi et la deuxième injection d'éphédrine, juste avant le début d'intervention : P. : 72 ; T. Mx : 13 ; T. Mn : 8.

Immédiatement après l'ouverture du péritoine : P. : 80 ; T. Mx : 10,5 ; T. Mn : 7.

Un quart d'heure après : T. Mx : 10 ; T. Mn : 6,5.

Un quart d'heure plus tard (fin de l'intervention) : P. : 84 ; T. Mx : 9 ; T. Mn : 7.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Le malade reste très calme, le visage bien coloré. Pas une nausée. Relâchement musculaire excellent. ;

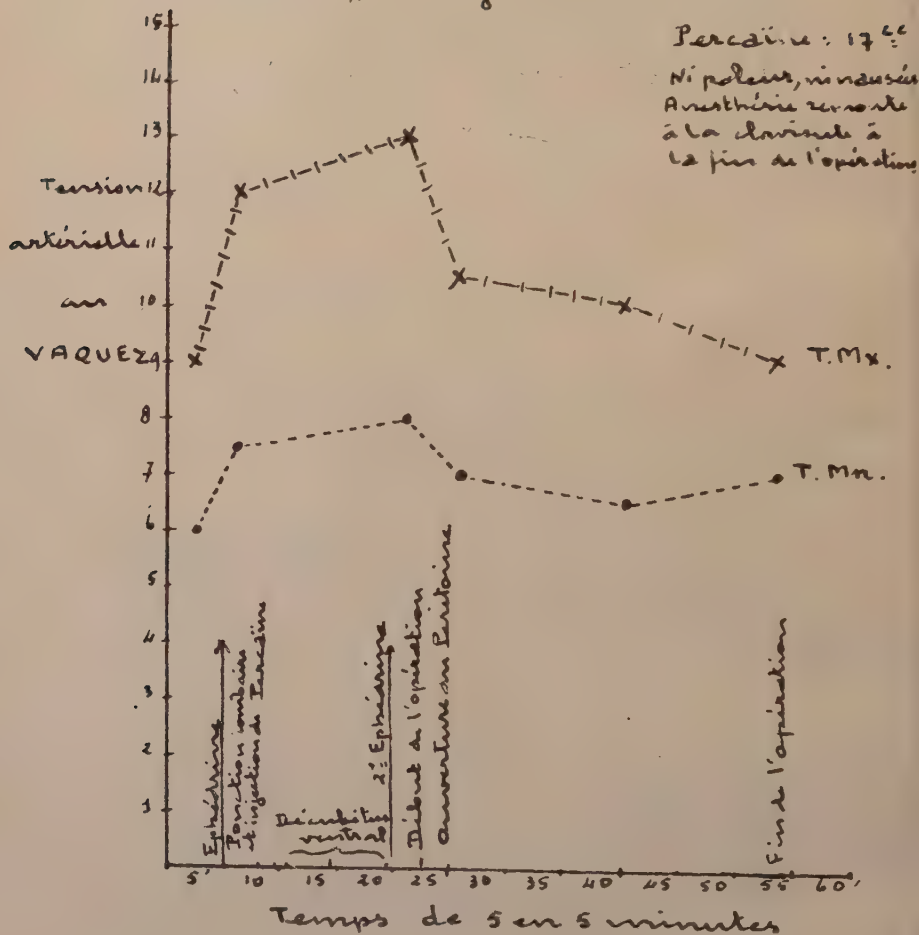
A la fin de l'intervention, l'anesthésie dépasse encore la clavicule ; le retour de la sensibilité (douleurs post-opératoires), paraît s'être faite tardivement. Le malade ne s'est plaint que vers cinq heures du soir, l'intervention ayant été terminée à 10 h. 30 du matin.

Opération : on trouve un ulcère du duodénum adhérent au foie. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique à la suture. Fermeture du ventre en trois plans.

Suites opératoires : satisfaisantes, en dépit d'un foyer de congestion pulmonaire le troisième jour. Le malade avait eu déjà, trois semaines avant l'intervention, de la bronchite avec fièvre et avait été vacciné (sept injections de vaccin de Weill et Duffourt).

O. 1933. 608.

M. Michel, 44 ans. Gastro-entérostomie.



OBSERVATION XXIX

ULCÈRE PYLORIQUE. - GASTRO-ENTÉROSTOMIE

(Obs. 1933, 621)

R... Joseph, 50 ans.

Gastralgies anciennes, calmées par des vomissements. Gros amaigrissement.

Radiographie : ulcère pylorique.

INTERVENTION le 11 décembre 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³ 1/2.

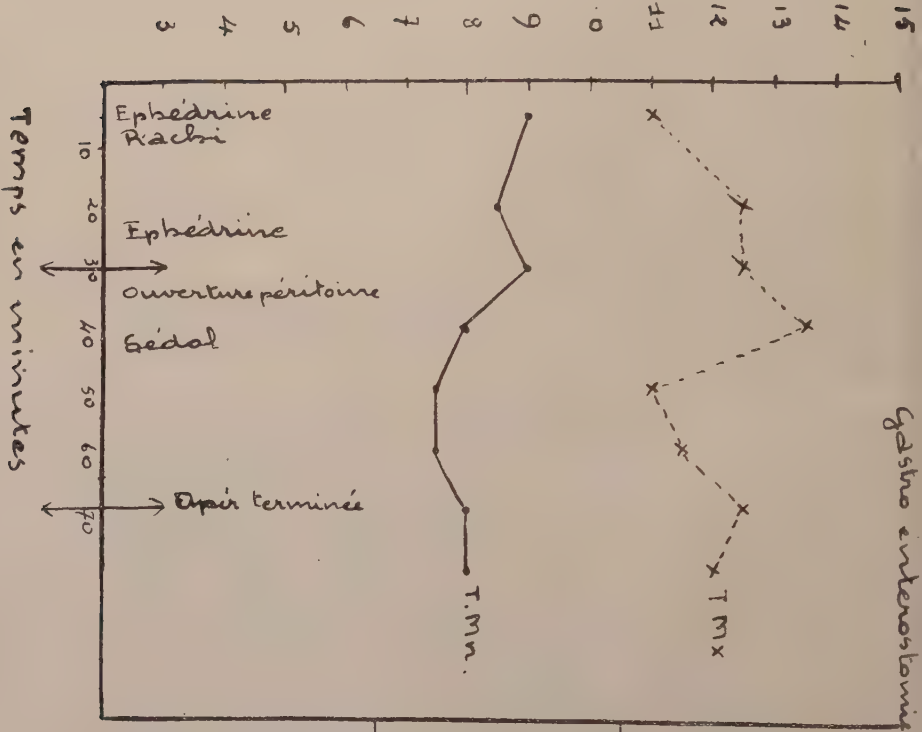
On fait une petite dose relative, bien que le sujet mesure 1 m. 69, parce que l'examen pré-opératoire a montré un ulcère pylorique et qu'on ne désire faire qu'une gastro-entérostomie. Ponction lombaire difficile, qui ne peut être faite que dans le quatrième espace. Injection en 8 minutes. Sédol : 55 minutes avant. Deux injections d'éphédrine.

Marche : à l'ouverture du ventre, le sujet gémit un peu (individu particulièrement nerveux) ; cependant, l'anesthésie cutanée remonte au mamelon. On fait alors une deuxième injection de sédol. A partir de ce moment, calme absolu. Relâchement musculaire très bon. Fermeture du ventre très facile. Aucune baisse de tension durant l'intervention.

Opération : laparotomie sus-ombilicale ; ulcère calleux pylorique. Gastro-entérostomie postérieure. Fermeture du ventre en deux plans.

Suites opératoires : petite poussée pulmonaire le deuxième jour. Guérison.

Tension artérielle au Vaquez



Gastro-enterostomie

Poids 14 g dans
Poids 63 Kg
Taille 1m, 69

Percutane 16^{te} 5

Pouls :
avant l'opérat. 72
après : 66

Relâchement muscul. ? Ton bon
Silence abdominal.
Pas une nausée
Pas de crises coliques
Sensibilité digestive au début.
Fin de l'intervention :
anesthésie jusqu'au moment

OBSERVATION XXX

ULCÉRO-CANCER GASTRIQUE INEXTIRPABLE

GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE

(Obs. 1933, 242)

T... Louis, 36 ans, cultivateur à Rimeize (Lozère).

Troubles digestifs depuis deux ans. Douleurs sans horaire fixe. Pyrosis. Vomissements. Ni hématurie, ni mélaena. Amaigrissement de 20 kilos en cinq mois.

Radiographie : sténose complète du pylore, probablement par ulcus (point douloureux).

Chimisme à jeun : acidité totale : 3 gr. 13.

INTERVENTION le 19 avril 1933. Opérateur : Docteur LONJON.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, injectés en 8 minutes. Sédol une demi-heure avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Silence abdominal remarquable. Sujet calme, bien coloré. Pas une nausée. A la fin de l'intervention (durée 40 minutes) l'anesthésie remonte à la clavicule. Le pouls plein et bien frappé est à 80.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Liquide séro-sanguinolent dans le péritoine. Adhérences épiploïques. Tumeur du volume d'un œuf de poule sur la petite courbure. Grosse adénopathie. Infiltration d'aspect inflammatoire du mésocôlon transverse et de la racine du mésentère, qui sont cartonnés. Le petit épiploon est également infiltré. L'estomac est fixé et l'on ne peut exposer sa face postérieure.

Gastro-entérostomie antérieure avec jéjunonostomie complémentaire au bouton.

Suites opératoires : excellentes. Le sujet, sort, ayant gagné 2 kilos.

Il revient, trois mois plus tard, à nouveau très amaigri et souffrant beaucoup. Pas de vomissements.

Radiologiquement, la gastro-entérostomie fonctionne. A la palpation, énorme masse. On fait pratiquer de la radiothérapie pénétrante. Amélioration.

OBSERVATION XXXI

CANCER GASTRIQUE INEXTIRPALBE
CHEZ UN HOMME DE 26 ANS
GASTRO-ENTÉROSTOMIE ANTÉRIEURE
(Obs. 1933, 518)

J... Joseph, 26 ans, Montpellier.

Malade venant de médecine, où il était hospitalisé pour « douleurs gastriques avec pyrosis et vomissements ». Amaigrissement considérable.

Radiographie : sténose pylorique complète, avec grosse dilatation gastrique par ulcus.

OPÉRATION pratiquée d'urgence le 27 septembre. Opérateur : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 6 minutes. Sédol une demi-heure avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite, bien que dans la journée et la nuit précédente, le malade ait été très agité ; il reste très calme pendant l'intervention. Relâchement musculaire parfait.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. L'exploration montre une tumeur pyloro-duodénale fixée, ayant tous les caractères d'un cancer : gros gan-

glions ; infiltration dure et blanchâtre du petit épiploon, jusqu'au foie. La tumeur se prolonge en arrière, et infiltre le mésocôlon transverse et la racine du mésentère

On pratique une gastro-entérostomie antérieure précolique à la suture, avec jéjunostomie de décharge au bouton de Villard.

Fermeture du ventre en deux plans à la soie, par points séparés.

Suites opératoires : sans incident. Etat général très amélioré. L'opéré sort un mois après ayant grossi de plusieurs kilos.

Deux mois plus tard, cachexie commençante.

OBSERVATIONS XXXII, XXXIII, XXXIV

GASTROPTOSE. - GASTRO-SUSPENSION A LA LAMBRET

STASE DUODÉNALE

DUODÉNO-JÉJUNOSTOMIE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE

(Obs. 1933, 153)

C... Gustave, 29 ans, chauffeur, Agde.

Troubles digestifs depuis deux ans : pesanteur après les repas ; digestions très lente ; constipation opiniâtre.

Radiographie : estomac atonique, dilaté et considérablement ptosé.

OPÉRATION le 25 juillet 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, selon la technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : excellente. Relâchement musculaire parfait, facilitant grandement les manœuvres opératoires.

Quelques nausées à la dixième minute, mais pas de vomissements. A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte à la clavicule.

Intervention : gastro-suspension, selon la technique de Lambret.

Suites opératoires : cicatrisation rapide ; mais l'état général reste déficient. Le malade accuse toujours du ballonnement après les repas et des douleurs vagues. Transit digestif toujours difficile. Sténose duodénale chronique. On décide de réintervenir.

DEUXIÈME OPÉRATION le 21 septembre 1932. *Opérateur* :
Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³. Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Silence abdominal absolu. Le pouls reste entre 70 et 80. Pas une nausée à la fin de l'intervention l'anesthésie remonte à la clavicule.

Intervention : laparotomie sus-ombilicale. La gastro-suspension a très bien tenu. Dilatation du duodénum dans sa portion sus-mésocolique par compression mésentérique. Duodéno-jéjunostomie.

Suites opératoires : très simples. Deux mois plus tard, le sujet reste cachectique et prétend souffrir toujours à la digestion. La radiographie montre une ptose gastrique accrue.

TROISIÈME OPÉRATION, le 13 décembre 1932. *Opérateur* :
Professeur RICHE.

Troisième anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 15 cm³. Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Malgré l'état de dénutrition du malade, l'anesthésie est admirable.

ment supportée. Pas une nausée. Faciès bon. Pouls à 76. A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte au-dessus de la ligne mamelonnaire.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. La suspension gastrique est très insuffisante, par suite de l'allongement de la bandelette. La duodéno-jéjunostomie est perméable ; le duodénum n'est plus dilaté. On fait une gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires : normales. Cependant le malade continue à s'alimenter mal. Sorti en février 1933.

OBSERVATION XXXIV

PTOSE GASTRIQUE. - GASTRO-SUSPENSION A LA LAMBRET
(Obs. 1932, 340)

J... Rosa, 35 ans, Montpellier.

Troubles digestifs chroniques et amaigrissement considérable.

Radiographie : estomac atonique, dilaté et très descendu.

OPÉRATION le 17 juin 1932. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, injectés en 8 minutes, selon la technique.

Marche de l'anesthésie : parfaite. La malade, très affaiblie et très pusillamine, est restée très calme durant toute la durée de l'opération. Le faciès est bon, le pouls régulier, bien frappé à 88. Pas une nausée. Relâchement musculaire maximum (paroi en caoutchouc).

A la fin de l'anesthésie, celle-ci dépasse de trois travers de doigts la ligne mamelonnaire.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale et taille d'un lambeau à gauche, pour le prélèvement

d'une bandelette de l'aponévrose du grand droit. Gastro-suspension à la Lambret. Fermeture du ventre en trois plans.

Suites opératoires : excellentes. La malade est très améliorée à sa sortie.

OBSERVATION XXXVI

GASTROPTOSE. - GASTRO-SUSPENSION A LA LAMBRET
(Obs. 1932, 377)

R... Yvonne, 24 ans, Frontignan.

Troubles digestifs anciens. Grosse ptose gastrique à l'examen radiographique.

OPÉRATION le 30 juillet 1932. *Opérateur* : Professeur
RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³ (la malade est grande : 1 m. 69). Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite. La malade reste remarquablement colorée. Pas une nausée. A la fin de l'intervention, l'anesthésie remonte à la clavicule.

Grâce au relâchement musculaire très marqué, on peut enlever l'appendice aisément, par voie épigastrique.

Intervention : laparotomie médiane, sus-ombilicale. Gastro-suspension à la Lambret ; appendicectomie.

Fermeture du ventre en trois plans.

Suites opératoires : excellentes. La malade sort fin août, très améliorée.

OBSERVATION XXXVII

PTOSE GASTRIQUE. - GASTRO-SUSPENSION A LA LAMBRET
(Obs. 1932, 574).

F... Yvonne, 30 ans, Ganges.

Opérée d'appendicite chronique et se plaignant toujours de troubles digestifs, avec constipations persistants.

Radiographie : grosse ptose de l'estomac.

OPÉRATION le 9 septembre 1932. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : la malade étant de petite taille (1 m. 56), on fait une dose minime : 13 cm³, injectés en 6 minutes. Sédol une demi-heure avant. Deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite, tant comme relâchement musculaire que comme tranquillité de la malade. Pas une nausée. Bon faciès. A la fermeture du ventre, la malade se plaint de sentir un peu, mais elle ne pousse nullement et l'on reconstitue aisément la paroi en trois plans.

Pouls après l'intervention : 84.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. Grosse ptose gastrique. Gastro-suspension à la Lambret.

Suites opératoires : très simples. Cicatrisation *per primam*. La malade sort améliorée.

OBSERVATION XXXVIII

PTOSE GASTRIQUE. - GASTROPEXIE ET GASTROPLICATURE
(Obs. 1933, 367)

C... Paul, 43 ans, à Saint-Hippolyte du Fort.

Troubles digestifs chroniques, que la radiographie montre sous la dépendance d'une ptose viscérale généralisée, avec gastroptose prédominante.

OPÉRATION le 8 juillet 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500.

Etant donné l'état précaire du sujet, on injecte 14 cm³ seulement en 6 minutes.

Marche de l'anesthésie : insensibilité très bonne, remontant à la ligne mamelonnaire. Calme parfait du malade, qui n'a ni nausées, ni malaises. Par contre, le relâchement musculaire est moins bon qu'à l'ordinaire.

Intervention : laparotomie médiane sus-ombilicale. Gastroplicature et gastropexie à la paroi abdominale antérieure.

Suites opératoires : sans incidents.

OBSERVATION XXXIX

CANCER DE L'ESTOMAC

MÉTASTASES HÉPATIQUES MULTIPLES

(Obs. 1933, 130)

J... Alexandre, 67 ans, cultivateur, Lunel (Hérault).

Le malade, qui était en parfaite santé jusqu'à il y a quatre mois, a commencé à ressentir des troubles gastriques. Régurgitations survenant immédiatement après l'absorption alimentaire. Jamais de vomissements abondants.

Anorexie très marquée. Amaigrissement considérable : 12 kilos.

Chimisme gastrique.

Radiographie : masse tumorale au tiers moyen de la petite courbure.

INTERVENTION le 12 avril 1933. *Opérateur* : Docteur LONJON.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1 / 1.500 : 17 cm³.
Technique habituelle.

Marche de l'anesthésie : parfaite.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale. Evacuation d'une énorme quantité de liquide d'as-

cite hémorragique. Le foie est truffé de noyaux cancéreux.

L'estomac présente une grosse tumeur à la partie haute de la petite courbure.

Fermeture.

Le malade meurt le 13 avril 1933.

OBSERVATION XL

PÉRICOLITE ET PÉRIDUODÉNITE. LIBÉRATION D'ADHÉRENCES

SYNCOPE ANESTHÉSIQUE

CONSÉCUTIVE A UNE FAUTE DE TECHNIQUE

(Obs. 1933, 44)

P... François, 62 ans, à Tarascon.

Crises douloureuses abdominales, successives depuis plusieurs années. Il y a un an, crise particulièrement grave, avec occlusion : anus cæcal, pratiqué d'urgence à Arles. Depuis, état excellent. Le malade vaudrait faire fermer sa fistule cæcale. La radiographie, montrant un obstacle sur le côlon transverse, et des signes de péri-duodénite, on fait une laparotomie exploratrice.

OPÉRATION le 2 février 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 16 cm³, injectés en 9 minutes. Sédol, 20 minutes avant la rachi. Deux injections d'éphédrine. Décubitus ventral : 10 minutes.

Au moment où le sujet est remis sur le dos, il comprend mal ce qu'on lui dit (par suite de sa surdité), et, dans un brusque effort, s'arc-boutant sur les deux mains, *il s'assied et reste ainsi quelques secondes, tête haute.*

Marche de l'anesthésie : anesthésie remontant à la ligne mamelonnaire. Silence abdominal parfait.

7 à 8 minutes après le début de l'opération, le malade pâlit et cesse de respirer. Le pouls s'arrête ; les yeux sont réversés.

Respiration artificielle. Injection d'éphédrine-adrenaline. Pas de résultat. On donne alors du CO², avec le masque de Talheimer. Au bout de quelques secondes, de profondes inspirations apparaissent, et la respiration reprend bientôt, régulière. Le pouls reparaît ; le visage se recoloré et le malade répond aux questions. On termine l'opération sans incident.

Intervention : laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic. On sectionne une forte bride lamélliforme croisant la face antérieure de l'estomac. Libération d'adhérences péricoliques. Fermeture du ventre en trois plans.

Suites opératoires : sans incidents les trois premiers jours. Le quatrième au soir, le malade dit ne pas se sentir bien : sa respiration devient stertoreuse ; dans la nuit, il tombe dans le coma et meurt le cinquième jour, à 7 heures du matin.

Autopsie impossible.

OBSERVATION XLI

SYNDROME DE STÉNOSE DU CÔLON TRANSVERSE

PAR PÉRICOLITE ADHÉSIVE

(Obs. 1933, 183)

P... Marius, 54 ans, pensionnaire à l'Hôpital Général.

Constipation ancienne. Depuis deux mois, crises douloureuses abdominales. Amaigrissement : 11 kilos.

Radiographie : sténosé du côlon transverse.

INTERVENTION le 7 janvier 1933. *Opérateur* : Professeur RICHE.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 15 cm³, injectés en 8 minutes. Sédol, demi-heure avant ; deux éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Malade bien coloré. Pas une nausée. Le relâchement musculaire est tel que par une incision descendant à peine au-dessous de l'ombilic, on peut aisément explorer tout le ventre. Anesthésie remontant à la clavicule à la fin de l'opération.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale, dépassant l'ombilic de deux travers de doigts. Pas de tumeur colique. Brides épaisses réunissant le transverse et le cæcum. Section des brides. Péritonisation. Colopexie avec le ligament rond du foie. Fermeture en trois plans : catgut et crins.

Suites opératoires : le malade, vieux tousseur, fait une broncho-pneumonie dès le troisième jour. Les crins ayant été enlevés le quatorzième jour, il se fait, le quinzième jours, après gros efforts de toux, une éviscération partielle (foie dans la plaie), qui demande plusieurs semaines pour cicatriser.

OBSERVATION XLII

PÉRIDUODÉNITE ET HERNIE TRANSMÉSOCOLIQUE

DE L'INTESTIN GRÊLE

(Obs. 1933, 490)

R... François, 61 ans, cultivateur à Poussan.

Douleurs gastriques depuis deux mois. Pyrosis. Pas de vomissements. Amaigrissement marqué.

Radiographie : ulcère probable du bulbe duodéal.

OPÉRATION le 5 septembre 1933. *Opérateur* : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Anesthésie rachidienne à la percaïne à 1/1.500 : 17 cm³, injectés en 7 minutes. Sédol, vingt minutes avant ; deux injections d'éphédrine.

Marche de l'anesthésie : parfaite. Malade bien coloré et très calme. Pas une nausée. Relâchement musculaire impressionnant qui a grandement facilité l'inventaire des désordres rencontrés, au travers d'une incision assez minime.

A la fin de l'intervention : anesthésie jusqu'à la clavicule. Pouls à 64.

Intervention : incision médiane sus-ombilicale qu'on prolonge ensuite à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Adhérences inflammatoires péri-duodénales et péri-vasculaires. Hernie de tout le paquet des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons, à travers le méso-côlon transverse. Réduction. Fermeture du ventre en trois plans.

Suites opératoires : excellentes.



En résumé, les 42 observations dont nous venons de donner le détail, ont toutes trait à des interventions sur l'estomac et le duodénum, pratiquées sous rachianesthésie à la percaïne. Ces opérations se répartissent comme suit :

- 19 gastrectomies :
 - 8 pour cancer,
 - 11 pour ulcus ;
- 13 gastro-entérostomies, dont 10 pour ulcère duodénal ;
- 1 duodéno-jujunostomie ;
- 5 gastropexies ;
- 3 libérations d'adhérences péri-duodénales et péri-coliques ;
- 1 laparotomie exploratrice.

A ces 42 observations, nous pourrions ajouter 11 cas d'anesthésie rachidienne à la percaïne, selon la méthode de JONES, pour des opérations portant sur la région sus-ombilicale.

Ces observations nous paraissant hors du cadre de notre travail, consacré à la seule chirurgie gastrique, nous nous bornerons à signaler que ces 11 anesthésies ont été faites dans les cas suivants :

3 cholécystectomies (1) ;

1 appendicite sous-hépatique (incision de MAYO-ROBSON) ;

1 kyste du pancréas ;

1 résection de l'angle splénique du côlon ;

1 colopexie (tranverse) ;

1 éventration épi-gastrique ;

2 tumeurs para-néphrétiques ;

1 thoracectomie précordiale.

Dans tous ces cas, l'anesthésie a eu toutes les qualités que nous reconnaissons à la rachi-percaïne ; excellence de l'analgésie, perfection du relâchement musculaire et du silence abdominal ; très longue durée ; facilité des suites opératoires.

(1) Ce petit nombre s'explique par le fait que, en général, pour la chirurgie hépatique, M. le Professeur RICHE n'est pas partisan de la rachi-anesthésie. Il considère que chez les ictériques, elle est nettement contre-indiquée. Ces trois cholécystectomies ont été pratiquées pour lithiase, chez des sujets indemnes de toute rétention biliaire.

DEUXIEME PARTIE

TECHNIQUE -- RESULTATS
INDICATIONS

LA PERCAÏNE

ET SES MODES D'EMPLOI

La percaïne CIBA, employée seulement depuis cinq ans — d'abord comme anesthésique local — a fait l'objet, du point de vue pharmacodynamique, de nombreuses études, en particulier, celles de UHLMANN.

Au point de vue chimique, la percaïne est un chlorhydrate de la diéthyléthylène-diamide de l'acide butyl-oxycinchoninique.

Il est curieux de noter que la percaïne n'appartient ni même s'apparente à aucune famille des substances jusqu'ici utilisées en anesthésie locale. C'est un corps de synthèse, chimiquement très différent de la cocaïne et dérivé de la quinoléine, par conséquent du groupe de la quinine.

Elle se présente, à l'état de pureté, sous forme de cristaux incolores, inodores, insipides, dont le point de fusion est à 97°. Ces cristaux sont solubles dans l'eau et l'alcool.

Les solutions sont neutres, stérilisables par la chaleur et elles conservent indéfiniment leur puissance anesthésique, si elles sont mises à l'abri de toute cause d'alcalinisation. Elles s'associent sans altération, au chlorure de sodium et à l'adrénaline.

La percaïne est plus toxique que la novocaïne et la cocaïne ; mais, comme elle est respectivement vingt et dix fois plus active, en tant qu'anesthésique, que ces dernières, il en résulte qu'elle est moins dangereuse, étant employée en moins grande quantité et en solution beaucoup moins concentrée.

HÖFFER, RITTER et CHRIST ont démontré, par leurs essais cliniques, les propriétés anesthésiques remarquables de la percaïne. Ces auteurs ont obtenu des anesthésies qui duraient 10 heures, pendant lesquelles le malade ne ressentait aucune douleur post-opératoire.

Les solutions qu'ils recommandent sont : 1/2.000, 1/1.000 ou 1/1.500 ; les deux dernières pour les anesthésies régionales.

Depuis quatre ans la percaïne est entrée dans l'arsenal des anesthésies rachidiennes. C'est d'abord à l'étranger qu'elle a été étudiée.

Le Professeur QUARELLA (de Turin) et le docteur W. Howard JONES (de Londres) en sont les principaux promoteurs.

QUARELLA utilise des solutions relativement concentrées à 5 p. 1.000, *hyperbares*, c'est-à-dire plus lourdes que le liquide céphalo-rachidien. Il ponctionne en position assise, sans soustraire de liquide céphalo-rachidien et injecte lentement, avec barbotage, de 1 à 2 cm³ de la solution.

JONES emploie des solutions diluées à 1 pour 1.500, *hypobares*, donc plus légères que le liquide céphalo-rachidien. L'injection étant faite en position décline la tête plus basse que le siège, l'anesthésique tend à s'élever dans la colonne liquide, où il pénètre et ne peut, par conséquent, gagner le bulbe, d'où sécurité de la méthode.

JONES injecte une quantité assez importante de cette solution légère, de 12 à 18 cm³. L'anesthésique, injecté doucement, déplace progressivement le liquide céphalo-rachidien, d'où la possibilité d'atteindre avec certitude un certain niveau d'anesthésie, d'après la quantité même de solution injectée.

De la légèreté de cette solution à 1 pour 1.500, qui a tendance à gagner les points les plus élevés de la cavité rachidienne, il résulte qu'il faut :

1° Maintenir sans cesse, le malade la tête basse ;

2° Le placer quelques minutes sur le ventre pour que les racines médullaires postérieures puissent être imprégnées, comme les antérieures, par l'anesthésique.

Dans la méthode QUARELLA, comme dans celle de JONES, la préparation du malade, le point d'injection, les soins à donner à l'opéré avant, pendant et après l'intervention, sont les mêmes ; seules diffèrent la quantité de liquide anesthésique à injecter, la façon d'injecter et la position à donner au sujet.

Dans les deux méthodes, l'effet hypotenseur de l'anesthésique est utilement compensé par l'injection d'un produit hypertenseur puissant : *l'éphédrine*, dont l'emploi fait partie intégrante de la technique des rachianesthésies à la percaïne.

Dans les deux méthodes, des résultats probants ont été obtenus.

Nous n'aurons en vue ici, que la méthode de JONES, qui a seule été utilisée dans le service de M. le Professeur RICHE, et qui semble d'un emploi particulièrement intéressant pour les anesthésies hautes.

TECHNIQUE

La rachi-anesthésie à la percaïne a été réalisée dans toutes nos observations, selon la méthode de JONES, avec une solution légère (hypobare) à 1 p. 1.500.

La technique suivie est sensiblement celle que l'on trouve décrite dans les principales publications sur la question (JONES, LUQUET, HIRCHBERG) et dans l'opuscule édité par la maison CIBA. Mais, en matière de rachi-anesthésie, de petits détails peuvent avoir leur importance, et il n'est peut-être pas inutile de préciser exactement les habitudes du service de M. le Professeur RICHE.

Voici donc le détail de la technique suivie, de façon constante :

PRÉPARATION DU MALADE.

Rappelons qu'il s'agit, dans toutes nos observations, de malades appelés à subir une intervention gastrique et chez lesquels, par conséquent, il peut y avoir intérêt à pratiquer un lavage préalable de l'estomac. Celui-ci est toujours fait une heure et demie avant l'opération, afin que le sujet, au moment où il sera opéré, soit calmé de la nervosité et de la fatigue que provoque souvent un tubage malaisé.

Le malade a été préparé comme pour toute intervention sur l'abdomen. S'il est dans un état de dénutrition importante, on aura injecté, les jours précédents, de l'huile lavée et du sérum physiologique. Les divers examens probatoires, analyse d'urine, azotémie, glycémie, prise de la tension, ont été pratiqués.

LES PRÉPARATIFS.

Une demi-heure avant la rachi-anesthésie, on fait au malade, une injection de scopolamine-morphine (sédol), appuyée de 10 centimètres cubes d'huile camphrée. Il est préparé pour le départ à la salle d'opération : bottes de molleton, bonnet avec visière pour les yeux.

La rachi-anesthésie est faite sur la table d'opération même. Avant de recevoir le malade, celle-ci est mise en légère déclive.

Immédiatement avant la ponction lombaire, on fait sous la peau de la cuisse, une injection de 3 cgr. d'éphédrine BÉRAL, éphédrampoule), afin de combattre préventivement l'action hypotensive de la rachi.

Le matériel de l'anesthésie est le suivant :

1° Une aiguille à ponction lombaire en nickel, fine (10 dixièmes de millimètre) à biseau court, avec un mandrin exactement ajusté (aiguille de Gentile) ;

2° Une seringue en verre de Luer, de 20 cc. stérilisée, démontée à l'étuve sèche Poupinel ;

3° Une ampoule de percaïne CIBA, contenant 20 cc. de solution à 1 p. 1.500.

L'opérateur remplit la seringue avec la dose qu'il désire employer et dont nous discuterons plus tard le choix. En général, la dose courante est entre 14 et 18 cc.

LA PONCTION.

La ponction lombaire est *toujours pratiquée en décubitus latéral*, la tête basse. Le malade est en chien de fusil, couché le plus souvent sur *le côté droit*. Dans cette position, la solution anesthésique hypobare imprègne d'abord les racines du *côté gauche*. Il semble

que l'on ait ainsi une analgésie plus prompte des pé-
dicules gastriques dont la traction, en début d'opéra-
tion, pourrait être la cause de sensations douloureuses.

On fait la ponction *sur la ligne médiane*, sans anes-
thésie locale préalable, précaution qui paraît super-
flue, bien que certains chirurgiens, comme SEEBRECHTS,
de Bruges, la conseillent.

Il y a intérêt à faire la ponction *assez haut*, entre
L2 et L3 et même L1 et L2. L'anesthésie remonte plus
haut, de façon plus régulière. Dans des cas où l'injec-
tion avait été faite entre L4 et L5, on a cru remarquer
une moindre hauteur de l'anesthésie.

L'INJECTION.

L'aiguille en place, le mandrin est enlevé et l'on
voit s'écouler les premières gouttes de liquide céphalo-
rachidien. On adapte immédiatement la seringue, en
prenant garde d'ajuster exactement l'embout, pour
éviter toute déperdition de liquide, et l'on injecte
l'anesthésique *très lentement*.

En moyenne, on injecte 2 cc. à la minute. L'opéra-
teur suit des yeux les aiguilles d'une montre, ou, plus
simplement, il compte mentalement, lentement, de
1 à 30, et pousse chaque fois le piston, en le vissant
dans la seringue, d'une division, ce qui correspond à
l'injection d'un centimètre cube.

De la sorte, la vitesse d'injection a varié entre 7 et
10 minutes, chez tous nos malades, cette lenteur de
pénétration du toxique étant, à nos yeux, d'une im-
portance capitale.

DÉCUBITUS VENTRAL.

L'injection terminée et l'aiguille retirée, le malade
est placé en décubitus ventral, durant 10 minutes, afin

que le liquide anesthésique imprègne les racines postérieures.

Il faut retourner le sujet avec certaines précautions, qui demandent un personnel entraîné. Souvent le malade fait instinctivement un effort pour se redresser. Souvent aussi le passage des bras sous le tronc oblige à lever exagérément le haut du corps.

On évitera des erreurs de manœuvre, en faisant d'abord élever les bras du sujet droit au-dessus de la tête, pour éviter qu'ils restent pris sous la poitrine. Puis, un infirmier soulève le bassin et fait chavirer le malade sur le ventre, pendant qu'un aide fixe la tête, afin d'empêcher qu'elle se relève.

Il importe en effet, que les centres nerveux ne soient pas surélevés par rapport au rachis, sous peine de voir l'anesthésique remonter jusqu'à eux.

Semblable précaution avait longtemps paru, dans le service, plus théorique que vraiment indispensable jusqu'à jour où la brusque élévation de la tête eût provoqué un accident.

L'OPÉRATION.

Après dix minutes de décubitus ventral, le malade est remis sur le dos avec les mêmes précautions, pour que la tête ne soit pas relevée.

A ce moment même, on fait *une seconde injection d'éphédrine* et, pour obtenir une action hypertensive plus durable on y ajoute de la caféine (Ephédrافéine Béral).

L'anesthésie est terminée : le sujet est prêt pour être opéré. On constate habituellement, dès ce moment, un profond relâchement de la paroi abdominale, lorsque l'on désinfecte le champ opératoire et l'on peut être sûr que l'anesthésie est obtenue. On s'en assure

en saisissant brusquement, avec une pince, la peau, immédiatement au-dessus de l'appendice xyphoïde, sans interroger le malade sur ce qu'il a senti. Il n'y a pas intérêt à rechercher jusqu'où remonte l'anesthésie : on éveillerait une sensation douloureuse, qui diminuerait la confiance de l'opéré dans l'anesthésie.

Le premier coup de bistouri est habituellement donné 20 à 25 minutes après la ponction lombaire. Ce léger retard à l'intervention est nécessaire, sinon l'on s'expose à commencer avant que l'anesthésie soit tout à fait complète, ce qui inquiète l'opéré et gêne les premiers temps opératoires.

Cette éventualité a été notée, en particulier, chez les malades chez lesquels, pour une raison quelconque (retard de l'intervention presque toujours), il s'était écoulé beaucoup plus d'une heure entre l'injection de sédol et le début de l'opération. Plusieurs fois on a pu, sans inconvénient, chez des sujets assez vigoureux, répéter alors l'injection de scopolamine-morphine, avec un heureux résultat. Il y a pourtant là une augmentation de toxique qu'il vaut mieux éviter.

Pendant l'opération, il n'y a pas d'aide chargé de la surveillance directe du malade. Les meilleurs anesthésies sont, en effet, celles des sujets réceptifs, qui somnolent doucement sous l'action du sédol, et il n'y a aucun intérêt qu'un aide les éveille sans cesse, en leur parlant, en leur essuyant le visage, en regardant leurs pupilles. Pour la même raison, on n'a pas habituellement, mesuré la tension artérielle ou pris systématiquement le pouls.

La surveillance de l'opéré est pourtant vigilante ; elle est assurée constamment par les opérateurs et les assistants grâce à un simple coup d'œil sur le faciès du malade.

Pour cette surveillance, on a soin de ne point recouvrir le visage de l'opéré ; le cerveau porte-champ de la table d'opération est supprimé, ce qui n'a aucun inconvénient, puisque les vomissements sont absolument exceptionnels.

Avec un peu d'habitude, on lit facilement sur le faciès la marche de la raché. Avec la percaïne-éphédrine, l'opéré reste calme et bien coloré. Il y a même parfois une légère cyanose, la respiration restant pourtant bien régulière.

Si, au contraire, une pâleur anormale se manifeste, si la respiration devenait superficielle, tout serait prêt pour « faire donner la garde » : une injection d'éphédrine-adrénaline (adrénaline Béral), qui relèverait la tension ; l'application du masque d'Ombredanne, vide d'éther, mais muni du dispositif de Talleimer, pour l'administration de CO_2 , afin d'exciter les centres bulbaires et d'activer la respiration.

Mais les incidents sont l'exception et l'anesthésie est en général « impressionnante de perfection ».

APRÈS L'INTERVENTION.

L'intervention terminée, l'opéré est ramené à son lit. Aucun soin particulier n'est indiqué, à cause de la raché. Contrairement aux recommandations de Luquet, Hirschberg, le maintient tête basse durant 24 heures n'est pas nécessaire. Chez tous nos opérés, la tête est relevée, comme après une raché ordinaire, dans la soirée, vers 19 heures.

RESULTATS

Tout procédé anesthésique, même le plus parfait, présente, à côté de ses avantages, des inconvénients. Il nous faut donc envisager les uns et les autres en ce qui concerne la rachi-anesthésie à la percaïne, utilisée pour la chirurgie gastrique.

Sans oublier que c'est le résultat final qui compte et que le bien du malade doit passer avant tout, nous examinerons les résultats obtenus dans nos observations, en nous plaçant successivement :

- 1° au point de vue du chirurgien ;
- 2° au point de vue de l'opéré.

I. — RESULTATS DE LA RACHI-PERCAÏNE DU POINT DE VUE DU CHIRURGIEN

Il est hors de doute que les avantages dépassent incomparablement les inconvénients.

A. — AVANTAGES.

On peut les grouper sous quatre chefs : calme de l'opéré relâchement musculaire ; hauteur de l'anesthésie ; longueur de l'insensibilisation.

1° *Calme de l'opéré.* — Il est véritablement impressionnant. Tous ceux qui ont assisté à une anesthésie à la percaïne correctement appliquée, ont été frappés de la tranquillité du malade.

Dans la plupart de nos observations, le malade somnolait paisiblement, sans inquiétude et sans gémisse-

ments. On verra que cela est dû à la perfection de l'analgésie, mais aussi à l'absence de ces malaises pénibles que provoquent l'hypotension, avec pâleur, nausées, lypothémies, qui caractérisent ce que l'on a appelé « l'orage de la vingtième minute ». Peut-être aussi, ce calme est-il sous la dépendance de l'injection de scopolamine-morphine, faite avant la rachi.

Quoi qu'il en soit, c'est tout à la fois le silence de l'opéré et le silence abdominal.

2° *Relâchement musculaire.* — Le silence abdominal est d'autant plus parfait que, si les nausées et les vomissements sont exceptionnels, le relâchement musculaire est particulièrement marqué. C'est, en effet, le propre de la percaïne d'avoir une action paralysante d'une remarquable intensité et que l'on ne rencontre guère au même degré qu'avec la stovaïne. Chez la plupart de nos opérés la paroi était véritablement en caoutchouc et toutes les manœuvres étaient, de ce fait, singulièrement facilitées : exploration, mise en place d'un écarteur automatique, soulèvement du rebord costal gauche au cours d'une gastrectomie haute, libération et sutures de viscères faciles à extérioriser et à exposer en position stable, fermeture pariétale très aisée.

Toutes ces facilités opératoires sont vraiment précieuses pour l'opérateur, et il s'en rend compte par comparaison avec les moindres commodités qu'il rencontre, s'il intervient chez un malade endormi à l'éther, où le va-et-vient des organes, leur issue brutale en cas de vomissements, la rigidité de la paroi apportent à la technique opératoire des difficultés certaines.

Chez presque tous les opérés, l'incision a pu être réduite de longueur ; et nous rappellerons que dans

un cas (observation XXXVI), il a été possible, par l'incision épigastrique, de procéder à l'appendicectomie.

3° *Hauteur de l'anesthésie.* — Ce qui a fait, jusqu'à présent, discuter la rachi à la novocaïne, en chirurgie gastrique, c'est l'inconstance de la hauteur de l'anesthésie, si bien que certains chirurgiens la complétaient parfois par une infiltration locale. La percaïne assure, au contraire, un niveau d'insensibilisation élevé, de manière constante, qui permet toujours d'intervenir sur l'estomac.

Régulièrement, l'analésie remonte au moins jusqu'à la ligne mamelonnaire. Huit fois, *à la fin de l'intervention*, elle atteignait encore la clavicule.

Cette hauteur d'anesthésie constamment obtenue, paraît être un des principaux avantages de la méthode de la rachi à la percaïne légère à la JONES, et sa supériorité sur les autres procédés d'anesthésie rachidienne.

Grâce à la quantité importante de solution injectée déplaçant progressivement le liquide céphalo-rachidien, le niveau de l'anesthésie n'est plus sous la dépendance d'un artifice de technique (barbotage) et l'expérience et le doigté de l'opérateur interviennent bien moins.

D'autre part, cette grosse quantité de liquide anesthésique met à l'abri du risque de fuite par l'orifice de ponction, fuite qui explique souvent, avec les autres méthodes, où l'on n'injecte guère que 1 à 2 cm³, les résultats inconstants.

Le niveau qu'atteint l'anesthésie est en fonction directe de la quantité injectée. Nos observations le montrent clairement et soulignent que la dose optimale oscille entre 15 et 18 cm³.

4° *Durée de l'anesthésie.* — La durée est l'autre

qualité dominante des anesthésies à la percaïne. Elle est toujours très grande et permet *les opérations les plus longues*.

Dans six cas l'intervention a duré plus de deux heures, et une fois, trois heures 10 ; et toujours l'anesthésie s'est révélée suffisante.

Au cours d'une gastrectomie difficile, par exemple, l'opérateur peut, en toute tranquillité d'esprit, exécuter avec prudence les temps les plus délicats et apporter à ses sutures les soins scrupuleux qui contribuent si essentiellement à la réussite. A l'heure où, à la suite de FINSTERER, de FINOCHIETTO, la chirurgie gastrique semble évoluer dans une voie, où la minutie et même la lenteur, remplacent le brillant et la rapidité, avec des résultats supérieurs, la rachi à la percaïne apporte des facilités nouvelles et permet d'étendre les possibilités des opérations radicales. C'est ainsi que, chez les malades des observations II, IV, V, VII, la résection gastrique a permis d'enlever avec succès, des cancers très fixés. Chez le malade de l'observation VIII, la gastrectomie, combinée à la résection du côlon adhérent, a pu être menée à bonne fin.

En aucun cas, l'anesthésie ne s'est révélée insuffisante et il n'a jamais été nécessaire de donner de l'éther pour terminer.

En somme, comme on le voit, le chirurgien qui fait une intervention sur l'estomac après anesthésie rachidienne à la percaïne légère, bénéficie d'avantages inappréciables.

Il est pourtant des cas où les résultats sont un peu moins bons et la lecture de nos observations montre que six fois l'anesthésie n'a pas été parfaite.

Dans l'observation XXV et XXVII, il y avait eu faute de technique : l'injection de sédol n'avait été faite

que 5 minutes avant la rachi et l'intervention avait été commencée un peu tôt, sans que l'on ait attendu un quart d'heure. Peut-être aussi, la dose injectée, 15 et 16 cm³, était-elle un peu faible.

Il faut accuser aussi la dose insuffisante dans l'observation XXXVII, où l'on avait fait que 13 cm³ pour une gastropexie ; dans les observation V et VII, où une gastrectomie fut pratiquée après injection de 15 cm³ de solution. Dans ces trois cas, après une excellente analgésie, le sujet accusa quelques douleurs à la fermeture du ventre.

C'est qu'en effet, entre la dose qu'on peut considérer comme maxima (18 cm³), qui donne des anesthésies s'élevant très haut et de très longue durée, et la dose utile et habituellement suffisante (15 cm³), *il n'y a pas une bien grande marge*. Il est curieux de constater combien une augmentation ou une diminution de la dose de 1 cm³ peut modifier l'allure de l'anesthésie.

On a dit qu'il fallait proportionner la dose à *la longueur du rachis*. Mais, c'est une précision allez malaisée à observer et peut-être un peu théorique, comme SEEBRECHTS l'a fait remarquer. Dans le service du professeur RICHE, on n'en a pas tenu un compte exact. On s'est contenté d'injecter un peu moins chez les femmes que chez les hommes et de forcer un peu la dose chez les sujets de haute taille.

Dans l'ensemble, la dose optima a paru être de 17 cm³, pour une intervention pouvant durer deux heures (gastrectomie).

B. — INCONVÉNIENTS POUR LE CHIRURGIEN, DE LA RACHI A LA PERCAINE LÉGÈRE.

Il faut examiner ici, ce qui n'est, en somme, que la contre-partie des avantages fournis par la légèreté de

la percaïne à 1 p. 1.500. A cause de cette solution hypobare, la technique de JONES comporte obligatoirement :

1° la nécessité de placer le malade en décubitus ventral ;

2° l'impossibilité de lui relever la tête.

Cela peut être une cause de gêne pour le chirurgien et certains, comme BASSET, donnent pour cette raison, la préférence au procédé de QUARELLE, à la percaïne hyperbare.

Cependant, on n'a pas été très gêné dans le service de M. le Professeur RICHE, par l'obligation de la déclivité de l'extrémité céphalique du corps. Assurément, on ne peut pas opérer sur un malade en proclive, mais le relâchement musculaire est tel, qu'on extériorise facilement les organes. On regagne donc d'un côté ce que l'on perd de l'autre.

Par contre, le décubitus ventral a certains inconvénients : dans le cas de volumineuse tumeur abdominale, de grossesse, d'ascite, d'obésité, il est difficile d'imposer au malade de passer 10 minutes sur le ventre. En chirurgie gastrique, ces sortes de malades sont plutôt rares.

Il paraîtra aussi scabreux de placer en décubitus ventral, les malades atteints de péritonite, dont la diffusion est à redouter (ulcères perforés).

A nos yeux, un grief assez fondé que l'on peut faire à la rachi à la percaïne légère, c'est qu'elle nécessite, pour le maintien tête basse et le décubitus ventral, l'assistance d'un infirmier vigoureux et connaissant bien la technique, condition qui ne peut se trouver partout et qui rend ce mode de rachi peu pratique pour les urgences, pour les interventions à la campa-

gne ou en dehors du milieu hospitalier ; mais ici, encore, cela importe assez peu en chirurgie gastrique.

Enfin, à ceux qui reprocheraient à la méthode, la longueur, la minutie des préparatifs et de la technique, qui demande environ 20 minutes, on répondrait que l'anesthésie locale est passible de la même objection et que l'intérêt du malade vaut bien quelque peine et un peu de patience.

RESULTATS DU POINT DE VUE DE L'OPERE

A. — AU COURS DE L'OPERATION

I. — AVANTAGES.

1° *Constance de l'anesthésie.* — Le premier résultat à souligner, heureux pour l'opéré comme pour l'opérateur, c'est que les échecs n'existent pas. Dans toutes les anesthésies à la percaïne exécutées dans le service du professeur RICHE, l'insensibilisation recherchée a toujours été obtenue et il n'a jamais fallu recourir à une anesthésie générale.

Cette régularité dans les résultats est une des qualités maîtresses de la méthode de JONES. Elle est probablement due au fait que, grâce à la grande quantité de liquide anesthésique injecté, la percaïne remplit toujours suffisamment le canal rachidien pour imprégner les racines, ce qui ne laisse guère de chance d'échec.

2° *Qualité de l'analgésie.* — Elle est presque toujours d'une perfection vraiment étonnante.

Lorsque la dose injectée a été convenable, et si l'opération n'a pas été commencée prématurément,

l'opéré reste inerte, paisible, légèrement somnolent et aucune manœuvre opératoire ne le fait sortir de son euphorie. Dans quelques cas seulement (observations V, XXV, XXVII), si l'on n'a pas attendu suffisamment pour commencer, ou si l'on a fait l'injection de sédol beaucoup trop tôt ou trop tard, le malade a gémi au début, mais s'est rapidement calmé.

On a déjà vu quelle était la durée de l'analgésie.

3s *Absence d'orage*. — Il est frappant de noter que l'alerte de la vingtième minute la crise hypotensive, qui est un des ennuis des rachi-anesthésies à la novocaïne, est pratiquement absent de la rachi à la percaïne.

On sait que l'orage, comparable au mal de mer, s'accompagne de pâleur de la face, de sueurs, d'angoisses, de vomissements. Dans aucune de nos observations, un pareil tableau n'a été observé.

Au cours de toutes les opérations, sauf dans celle de l'observation XX, les malades ont conservé un faciès remarquablement coloré ; pour certains même, légèrement vultueux.

Nous ne pouvons préciser d'après un nombre de cas trop restreint, si c'est là seulement le fait d'une série heureuse, ni si c'est vraiment à la percaïne qu'il faut attribuer le mérite de cette suppression de ce que l'on a toujours considéré comme une des tares de l'anesthésie lombaire.

Remarquons seulement que, dans la méthode suivie, il a toujours été fait au malade de l'éphédrine, hypotenseur puissant. Si donc, l'on admet que l'orage de la vingtième minute n'est qu'une crise d'hypotension, il est logique d'attribuer à l'éphédrine la suppression de ces accidents.

4° *Maintien du pouls et de la tension* — Si les malades restent remarquablement colorés c'est que l'anesthésie n'entraîne pas de gros troubles circulatoires.

Le pouls qui, habituellement, au cours des anesthésies rachidiennes, se ralentit et s'affaiblit, est resté, chez tous nos malades, bien frappé et à peu de chose près ce qu'il était avant l'opération, en dépit souvent du choc opératoire. Cette constance du pouls est si réelle, qu'elle a été considérée comme banale et que, dans nombre d'observations, les pulsations n'ont pas été notées.

En ce qui concerne la *tension artérielle*, on a renoncé à la mesurer constamment pendant les interventions sous rachi-percaïne, parce que l'on est arrivé à la conviction que le simple examen du faciès renseigne bien le chirurgien sur l'état de la pression sanguine, de telle sorte que l'on a pu, sans inconvénient, supprimer les manipulations gênantes que nécessitent les prises de tension au cours de l'opération.

Au reste, toutes les courbes de tension se ressemblent. Elles montrent combien l'action hypotensive que peut avoir le produit anesthésique est bien compensé par l'éphédrine. Nous donnons ci-après, les courbes des trois derniers malades de notre série, que nous avons établies avec suffisamment de détail.

Elles démontrent que l'injection de percaïne provoque une baisse légère, rapidement compensée par la deuxième injection d'éphédrine, que l'ouverture du péritoine est suivie d'une baisse constante, après quoi, la tension se relève progressivement et se trouve, en fin d'intervention, au même niveau qu'avant l'opération.

La courbe II met bien en lumière l'action hyperten-

sive de l'éphédrine-adrénaline. L'ouverture de la cavité péritonéale avait provoqué une baisse assez marquée de la tension : on fit une nouvelle injection d'éphédrine avec adrénaline, qui provoqua une véritable poussée hypertensive, qui se poursuivit durant presque toute l'opération, malgré sa durée et son importance (gastrectomie).

5° *Rareté des vomissements.* — L'absence d'orage de la vingtième minute ne signifie pas que l'on puisse cesser entièrement de craindre les vomissements ou les nausées. Mais ceux-ci ont été rares. Sur 53 rachianesthésies pour interventions sus-ombilicales, il n'est signalé que deux fois des nausées et une fois des vomissements. Ils se sont produits au début de l'intervention, au moment des tractions sur les mésos (observation XXI).

Aussi bien, ces efforts de vomissements ont-ils été peu importants et peu gênants : grâce à la paralysie absolue de la musculature abdominale, le silence abdominal n'a été que peu troublé.

II. — INCONVÉNIENTS.

1° *Troubles respiratoires.* — Si la paralysie des muscles abdominaux amène le précieux relâchement pariétal, la paralysie des muscles thoraciques des intercostaux en particulier, provoque quelques troubles respiratoires.

C'est là un fait qui a déjà été signalé par divers auteurs. Les malades des observations IV et XIX se sont plaint, au début de l'opération, de sensation d'oppression, de constriction thoracique avec manque d'air. Ces malaises ont disparu au bout d'une vingtaine de minutes et l'opération (gastrectomie), s'est prolongée par la suite, sans incident.

2° *Syncope*. — Nous n'avons à envisager cette complication qu'à propos de l'observation XL et, dans ce cas, il y avait eu une erreur de technique grave, puisque le sujet s'était assis, après l'injection de la solution hypobare. Cette syncope fut impressionnante par sa brutalité d'apparition et l'état de mort apparente où elle laissa le sujet. Mais ce fut un exemple frappant de la valeur du CO_2 comme traitement de pareils accidents. Là où l'injection d'éphédrine-adrenaline (non faite intra-veineuse, il est vrai) et la respiration artificielle semblaient sans effet, l'application de l'appareil d'Ombredanne vide d'éther, muni du dispositif de Talheimer, pour l'administration de gaz carbonique, provoqua, en quelques secondes, le retour de profondes inspirations et une vraie résurrection.

B. — RESULTATS APRES L'OPERATION

1° *Insensibilité post-opératoire*. — C'est le point sur lequel il y aurait à insister, tant il s'agit d'un fait intéressant et qui est peut-être un des plus remarquables côtés de l'anesthésie par la percaïne.

Après l'opération, le retour de la sensibilité ne se fait pas brutalement, à peine l'opéré est de retour dans son lit, par une vague de douleurs très pénibles qui le font s'agiter. Au contraire, il demeure dans un état d'*hypoesthésie* tel, que ses sensations restent émoussées durant longtemps. Dans quelques cas, où le retour de sensibilité a pu être contrôlé, il ne s'est produit que plus de quatre heures après l'opération.

On conçoit aisément les avantages d'une telle hypoesthésie, puisque le malade évite ainsi le moment le plus pénible des douleurs post-opératoires et que, par conséquent, il reste calme et paisible précisément à

l'heure où il y a le plus intérêt pour les sutures, à ne pas être soumise à l'épreuve d'efforts intempestifs.

2° Suites opératoires. — Cette tranquillité de l'opéré, l'absence de vomissements favorisent grandement les suites opératoires et les malades bénéficient ainsi d'avoir été opérés sous rachi-anesthésie.

Les *premiers gaz* se produisent habituellement de façon précoce, dès le second jour souvent.

La *sécrétion urinaire*, chez des sujets que l'on fait boire dès le soir de l'opération, se rétablit vite. Un seul des malades de notre série d'observations a présenté de l'anurie après une gastrectomie difficile (observation X), et chez un sujet cachectique, qui fit, le troisième jour, de la congestion pulmonaire et succomba le sixième jour, sans que, en l'absence d'autopsie, on puisse affirmer qu'il n'y avait pas péritonite ; il paraît difficile d'accuser l'anesthésie de cette insuffisance rénale.

La rachi à la percaïne, comme l'anesthésie locale d'ailleurs, ne met pas à l'abri de *complications pulmonaires*, et plusieurs malades n'y ont pas échappé. Heureusement, sans accident mortel. Signalons que le malade de l'observation XXVIII, bronchitique ancien, fit, après une gastro-entérostomie, des complications pulmonaires, bien qu'il eût été vacciné spécialement durant trois semaines avant d'être opéré.

La *céphalée*, séquelle parfois persistante de mainte rachi-anesthésie, n'a pas été signalée dans nos 42 observations

RESULTATS D'ENSEMBLE

Si maintenant, d'après nos observations, nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des résultats obtenus avec l'anesthésie rachidienne à la percaïne, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° *Marche de l'anesthésie.* — Elle a été dans la majorité des cas (28 fois), *parfaite*, c'est-à-dire qu'elle a été de tous points satisfaisante, comme qualité de l'analgésie, résolution musculaire, durée ; le chirurgien a trouvé toute facilité opératoire et l'opéré n'a pas eu le moindre malaise.

L'anesthésie a été douze fois *bonne* et même *très bonne*, l'opération s'étant déroulée avec facilité, mais ce sont des cas dans lesquels le relâchement musculaire a été moins excellent qu'à l'habitude (observations V et XXXVIII), ou bien dans lesquels le malade a accusé quelques douleurs aux premiers instants (observation XXVII), ou à la fermeture de la paroi (observation VII et XVIII) ; enfin, le malade a pu présenter quelque malaise : oppression passagère (observations IV et XIX, vomissements (observations I et XXI, nausées (observations XXV et

Une fois, l'anesthésie a été *médiocre* (observation XX : malade pâle, agitée, avec pouls petit).

Enfin, l'observation XI a trait à une syncope anesthésique accidentelle

2° *Résultats d'après les doses employées.* — Il faut les étudier selon l'intervention pratiquée.

Pour la *gastrectomie* :

- avec 18 cm³ : 4 résultats parfaits ;
- avec 17 cm³ : 7 résultats parfaits, 3 très bons ;
- avec 16 cm³ : 2 résultats parfaits, 1 bon ;
- avec 15 cm³ : 2 résultats bons.

Pour la *gastro-entérostomie* :

- avec 17 cm³ : 5 anesthésies parfaites ;
- avec 16 cm³ : 1 parfaite, 3 bonnes ;
- avec 15 cm³ (chez des femmes) : 1 parfaite, 1 bon
- avec 14 cm³ (malade femme) : 1 médiocre.

Pour les *autres interventions* :

- avec 17 cm³ : 5 anesthésies parfaites ;
- avec 16 cm³ : 1 parfaite 1 très bonne, 1 avec accident ;
- avec 15 cm³ : 1 parfaite ;
- avec 14 cm³ : 1 très bonne ;
- avec 13 cm³ (femme de petite taille) : 1 bonne.

3° *Mortalité post-opératoire*. — La raché à la percaïne a-t-elle une influence sur la mortalité ?

Après 42 observations il y a eu à déplorer 7 décès. 4 semblent absolument indépendants du mode d'anesthésie :

Observation III : Gastrectomie pour cancer avec abcès enkysté. Péritonite.

Observation VI : Gastrectomie pour cancer adhérent à la vésicule. Opération particulièrement pénible.

Observation XI : Gastrectomie sub-totale. Lâchage des sutures au niveau du cardia.

Observation XXXIX : Exploratrice simple, pour cancer, avec noyaux de métastase dans le foie.

Restent à discuter trois cas de morts. Nous avons parlé de l'observation X : anurie post-opératoire. Dé-

cès le sixième jour. On ne peut éliminer la possibilité d'une péritonite.

Il n'en est peut-être pas de même pour la malade qui fait l'objet de l'observation portant les numéros XIX et XX. Elle avait subi et bien supporté une gastrectomie pour ulcère, lorsqu'au bout de trois semaines, elle commença à faire des vomissements bilieux électifs. Lorsqu'elle fut réopérée, elle était très affaiblie et *subictérique*. Peut-être la rachi n'était-elle pas très indiquée ; mais on avait dû se résoudre à l'employer, prévoyant de grosses difficultés opératoires. Malgré la faible dose employée (14 cm³), la malade fut nettement choquée et resta lypothymique durant toute l'intervention .

Choc post-opératoire progressif, avec pouls de plus en plus filant. Décès 24 heures après.

L'opération avait consisté en une gastro-entérostomie et il avait fallu dégager le jujumum, noyé dans un méso-côlon très infiltré et inflammatoire ; il est possible qu'il y ait eu là l'origine d'une intoxication péritonéale suraiguë.

Enfin, pour le malade de l'observation XL, il mourut le cinquième jour, au matin après être tombé dans le coma pendant la nuit. C'est celui qui avait eu la syncope brutale que nous avons décrite. En l'absence d'autopsie, nous considérerons que le décès est imputable à l'anesthésie, en soulignant encore qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une erreur de technique due à la brusquerie avec laquelle le malade s'était redressé.

INDICATIONS

« Il s'agit d'établir qu'il y a des cas où la rachi, toutes conditions cliniques du sujet ayant été scrupuleusement posées, est capable d'assurer une plus grande commodité opératoire et un excellent pronostic post-opératoire ».

Professeur FORGUE.

L'anesthésie rachidienne à la percaïne est-elle l'anesthésie de choix à généraliser pour toute la chirurgie gastrique ? Sinon, quels sont les cas qui en sont justiciables ? Voilà ce qu'il faut maintenant envisager.

Intérêt de la rachi en chirurgie gastrique.

Nous ne reviendrons pas ici sur les mérites comparés de la rachi-anesthésie et de l'anesthésie générale. On sait, par le mémoire du « Montpellier-Médical » sur « l'anesthésie en pratique chirurgicale » que nous avons déjà cité, quelle est, sur ce point, la position adoptée dans le service de M. le Professeur RICHE.

Nous nous contenterons de faire remarquer qu'en chirurgie gastrique, plus que pour tout autre, la narcose présente des inconvénients majeurs : relâchement musculaire insuffisant, absence du silence abdo-

minal, intoxication d'autant plus forte que l'opération est plus longue, vomissements post-opératoires, qui peuvent compromettre les sutures.

La longueur de l'intervention est ici un obstacle essentiel. Or cette longueur ne peut guère être évitée pour certaines interventions. Comme le dit LERICHE : « La gastrectomie, en toutes circonstances, est une opération qui se trouve bien d'une extrême attention aux détails. La vitesse est le plus sûr moyen d'obtenir des succès. Je ne suis pas du tout effrayé d'une opération d'une heure et demie à deux heures de durée, et même davantage ». Pour des séances opératoires aussi prolongées, il est évident que la narcose ne peut être l'anesthésie de choix.

Mais la locale ? FINSTERER en est partisan convaincu et la statistique impressionnante du chirurgien de Vienne est bien faite pour démontrer les résultats très favorables de ce mode d'anesthésie idéal.

Seulement, il faut bien le dire, en d'autres mains que celles de FINSTERER, l'anesthésie loco-régionale s'est souvent révélée insuffisante.

La technique de l'anesthésie trans-péritonéale des splanchniques à la BRAUN, demande assurément, du doigté ; chez les malades à méso gras, elle est difficile. Par ailleurs, les infiltrations du péritoire pariétal, des différents méso, exigent de la patience et une très grande méthode, sous peine d'avoir une insensibilité incomplète. Enfin, il faut savoir doser son anesthésique si l'on ne veut pas exagérer la quantité employée, qui finirait par n'être pas indifférente du point de vue toxique.

Au contraire, quelle simplification pour le chirurgien de trouver, après rachi-percaïne, un malade insensible, en parfaite résolution, d'opérer sans se pré-

occuper de dépasser les limites du territoire analgésifié, pouvoir consacrer tous ses soins à la seule technique de l'intervention qui se poursuit.

C'est dans ces conditions que, pour la gastrectomie, la rachi à la percaïne paraît être un procédé d'anesthésie vraiment remarquable et qui mérite d'être recommandé si ce mode d'insensibilisation ne présente, par ailleurs aucun inconvénient. Les 42 observations que nous avons données en détail permettent de donner tous apaisements en ce qui concerne les risques que peut présenter l'anesthésie à la percaïne et elles en montre croyons-nous, les très grands avantages

Indications de la rachi-percaïne en chirurgie gastrique

Est-ce à dire que la rachi-percaïne soit, dans le service du Professeur RICHE, le mode d'anesthésie omnibus en chirurgie gastrique ? Certainement non. Les cas doivent incontestablement être triés.

Voici comment se sont répartis les modes d'anesthésie depuis avril 1932, c'est à dire depuis l'introduction de la rachi à la percaïne, dans le service :

On voit que la rachi à la percaïne n'a été utilisée que dans 50 pour 100 environ des cas, le choix de l'anesthésie était fait en considération et de l'opération que l'on pense exécuter et de l'état de résistance générale du sujet.

Indications tirées de la nature de l'opération.

La nature de l'intervention à pratiquer doit évidemment entrer en ligne de compte ; et pour certaines d'entre elles, l'hésitation n'est guère permise.

C'est ainsi que toutes les *gastrostomies* ont été pratiquées à l'anesthésie locale : ici, le malade est presque toujours dans un état de cachexie avancée et l'in-

Nombre	Interventions Gastro-duodénales d'avril 1932 à décembre 1933	ANESTHESIE			
		Rachi Percaine	Scurocaine	Locale	Générale Ether
8	Ulcères perforés		2		6
23	Gastrectomies : 14 pour ulcère	11	1		2
	9 pour cancer	8		1	
29	Gastro-entérostomies : 17 pour ulcère	10		7	
	11 pour cancer	2	1	8	
	1 pour stase par ptose	1			
1	Duodéno - jéjunistomie, pour sténose duodénale	1			
5	Gastropexies	5			
3	Périoduodénites (lyse d'adhérences) et péricolites	3			
4	Exploratrices pour tumeur inopérable	1		2	1
7	Gastrostomies			7	
80	Total	42	4	25	9

toxication anesthésique minima s'impose d'elle-même, puisque l'acte opératoire est simple, bien réglé et de courte durée.

De même, 6 sur 8 des interventions d'urgence pour *ulcère perforé* ont été faites sous anesthésie générale à l'éther, parce que chez les malades habituellement choqués, qu'il faut opérer sans retard, une brève narcose à l'éther est assez bien supportée et qu'elle permet mieux que la locale l'exploration des lésions et la vidange du liquide épanché dans le péritoine.

Deux fois, alors que le diagnostic porté avait été celui d'appendicite, on a fait une raché à la surocaïne ; les deux fois, la dose anesthésique a été insuffisante pour faire, après exploration de la région appendiculaire, une laparotomie sus-ombilicale et on a dû donner de l'éther.

Dans aucun cas, on ne s'est cru autorisé à tenter une anesthésie rachidienne à la percaïne. Les changements de position et le décubitus ventral en particulier, sont, en effet, peu recommandables alors que l'on suspecte une péritonite qu'il vaut mieux ne pas aider, à se généraliser.

Dans d'autres interventions gastriques, au contraire, le choix du mode d'anesthésie est davantage à discuter.

Il faut réserver à l'anesthésie locale, les opérations qui demandent peu de manœuvres de tractions sur les viscères, qui sont de technique simple et rapide. C'est le cas de la *gastro-entérostomie*. Chaque fois, que de propos délibéré, on s'est fixé pour but une anastomose gastro-jéjunale seulement, c'est à l'infiltration pariétale simple que l'on a eu recours, en cas de sténose pylorique par cancer inopérable, ou bien d'ulcère duodénal, c'est-à-dire lorsque d'avance, on re-

connaissait la gastrectomie impossible ou qu'on la jugeait disproportionnée à la lésion. On a fait 15 gastro-entérostomies sous anesthésie locale. Il en a été pratiqué 13 sous rachi à la percaïne, mais dans des cas où l'on avait espéré faire plus qu'une simple anastomose.

Pour la *gastrectomie* opération difficile et longue, où le moindre détail technique est important, la rachi à la percaïne par les facilités qu'elle apporte à la technique, trouve sa meilleure indication, une fois bien pesée, la résistance générale du malade.

Les opérations qui nécessitent une exploration étendue, des dissections minutieuses, comme les interventions pour *périviscérite*, sont manifestement plus faciles dans le calme absolu de la rachi à la percaïne.

Enfin ce mode d'anesthésie a particulièrement été apprécié pour les opérations de pexies, comme la *gastro-suspension* à la LAMBERT, pour laquelle le silence abdominal, le relâchement de la paroi sont vraiment inappréciables.

Indications d'après l'état du sujet.

Bien que dans nos observations, toutes les rachis à la percaïne aient été bien supportées même par des malades très affaiblis, il va sans dire qu'il faut discuter se genre d'insensibilisation, chez les sujets en trop grand état de dénutrition, les fragiles (en particulier ictériques et sub-ictériques).

Les *anémies*, saignées à fond par de grandes hémorragies d'origine ulcéreuse, nous paraissent le type de ces malades, pour lesquels il n'y a pas lieu d'envisager l'emploi de la percaïne. Dans deux cas particulièrement graves le professeur Riche a pratiqué avec

un succès complet, une fois, une simple gastro-pylorectomie, sous locale complétée par un peu d'éther.

Pour les *cancéreux*, la discussion reste ouverte. Ce sont, c'est évident, des malades très fragiles et pour lesquels à juste titre on désire faire l'anesthésie minima.

Sur les 20 cas de cancer de notre statistique, 11 ont subi une gastro-entérostomie : 8 sous locale ; 3 sous rachî (2 percaïne et une scurocaïne) ; 9 ont été réséqués par gastrectomie large ; 1 à l'anesthésie locale ; 8 sous rachî percaïne.

Parmi les 8 gastrectomies pour cancer il y a eu 2 morts (observations III et VI) ; mais dans ces deux cas le décès est manifestement imputable non à l'anesthésie, mais à l'opération. Les 5 autres opérés, ont très bien guéri, malgré l'état de cachexie dans lequel presque tous se trouvaient.

Chez ces malades, la rachî, comme on l'a déjà vu, n'a aucune influence fâcheuse, tandis qu'elle a apporté d'incontestables facilités opératoires, qui ont été peut être pour beaucoup dans le résultat.

Toute la question est là : le malade opéré de gastrectomie sous anesthésie rachidienne à la percaïne est-il techniquement mieux opéré, sans que l'anesthésie lui apporte un risque véritable ? Nous le croyons et nous considérons la rachî à la percaïne comme l'anesthésie de choix pour la gastrectomie.

En conclusion l'anesthésie à la percaïne sera utilisée chaque fois que, toutes conditions cliniques du sujet ayant été scrupuleusement posées, on désirera bénéficier d'une plus grande commodité opératoire, assurant un excellent pronostic post-opératoire. Ces cas, ce sont ceux pour lesquels on est en droit — ou

l'on a le devoir, si elle est encore possible — de faire une gastrectomie, seule opération vraiment radicale. Il y aura donc indication très nette — bien que relative — à opérer sous rachi à la percaïne, les *ulcères gastriques* hyperchlorhydriques, spécialement deux de la petite courbure, pour lesquels nombre de chirurgiens s'accordent à être de plus ne plus gastrectomistes.

Le *cancer de l'estomac* sera une indication majeure, même s'il s'agit d'un cas avancé : grâce aux facilités opératoires données par la perfection de l'anesthésie, peut-être pourra-t-il être réséqué. Car c'est ici qu'il faut savoir tout risquer, si l'on veut tout gagner, en se souvenant que, selon le mot de Gussenbauer : « Le chirurgien qui ne guérit qu'un seul malade parmi 10 cas irrémédiablement perdus, accomplit une tâche vraiment sublime ».

Indications des doses.

Il est bien évident qu'il s'agit toujours de cas d'espèce et qu'il faut proportionner la dose au malade et à l'opération.

La gastrectomie étant comme nous l'avons dit, l'indication principale de l'anesthésie rachidienne à la percaïne, la dose optima nous paraît être, chaque fois que l'on peut avoir à faire une résection, de 17 cc, la quantité injectée pouvant être élevée à 18 cc. chez les hommes de taille élevée ou encore vigoureux (ulcus sans dénutrition trop marquée), et pouvant être abaissée à 16 cc. pour les femmes.

Comme SEEBRECHTS l'a signalé, les sujets chez lesquels le sédol a une action soporifique marquée sont « rachisensibles » et chez eux, on pourra diminuer la

quantité d'anesthésique et être particulièrement prudent (injection *très* lente).

Chez les malades réagissant peu à la scopolamine-morphine, on se trouve en présence de sujets « *rachi-résistants* » et il sera bon de majorer la dose de percaïne.

CONCLUSIONS

Dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur RICHE, l'anesthésie rachidienne à la percaïne en solution légère à 1 pour 1.500, selon la technique de JONES, a été employée avec succès depuis vingt mois, en *chirurgie gastrique*.

A la lumière des observations que nous rapportons, comprenant 19 gastrectomies, 13 gastro-entérostomies, 1 duodéno-jéjunostomie, 5 gastropexies, 3 libérations d'adhérences, 1 laparotomie exploratrice, on peut conclure que :

1° La rachi à la percaïne est précieuse pour les interventions gastriques par la constance de l'anesthésie, le niveau élevé qu'elle atteint, sa très grande durée, la perfection du relâchement musculaire qu'elle provoque.

Pour toutes ces qualités, l'anesthésie rachidienne à la percaïne améliore considérablement les conditions opératoires.

2° La rachi à la percaïne légère, aux doses employées et toutes conditions techniques exactement

remplies, (position déclive obligatoire) donne des anesthésies parfaites.

L'usage de la scopolamine-morphine et de l'éphédrine doit faire partie intégrante de la méthode.

3° La rachi à la percaïne est spécialement indiquée pour les interventions difficiles et longues, en particulier la gastrectomie, dont elle permet d'étendre l'emploi.

BIBLIOGRAPHIE

- ANIVAT. — Rachianesthésie à la Percaïne (Société obstétricale et gynécologique, réunion de Montpellier, avril 1932).
- BASSET. — Anesthésie rachidienne à la Percaïne. Technique de Anarella (Extrait de la Presse Médicale, numéro 28, du 8 avril 1933).
- GALAS. — Thèse, Contribution à l'étude de la rachianesthésie à la Percaïne, Montpellier 1932.
- COLOMB. — La rachianesthésie à la percaïne en gynécologie, (La gynécologie, Aout 1931).
- CROUSSE. — L'anesthésie rachidienne à la Percaïne en chirurgie abdominale (Bruxelles Médical, 8 janvier 1933).
- IMBERT. — Que vaut le nouvel anesthésique chirurgical : la Percaïne ? Etude expérimentale et clinique.
- HOWARD JONES. — Nouvelle méthode d'anesthésie rachidienne par la Percaïne (Lyon Chirurgical, n° 5 sept.-oct. 1930).
- LADURON. — Rachi-anesthésie et Percaïne (Lyon Chirurgical, janvier-février 1933).
- QUARELLA. — Technique de la rachi-anesthésie à la percaïne (d'après plus de 500 cas) (Rapport de M. S. LUQUET).
— La rachi-anesthésie à la percaïne (Minerva Medica, 8 sept. 1930).

- LUQUET. — Considérations pratiques sur la rachi-anesthésie à la percaïne (Journal Médical français, 4 avril 1931).
- PAUCHET. — Gastrectomie pour ulcus jujénal (Congrès français de chirurgie, Paris, 1931).
- PAUCHET et HUCHBERG. — L'anesthésie à la percaïne dans la chirurgie du tube digestif.
- PERDROUX. — A propos de quelques cas de rachi-anesthésie à la percaïne (L'actualité Médico-Chirurgicale, février 1932).
- RICHE. — L'anesthésie en pratique chirurgicale (Montpellier Médical, p. 502, 15 décem. 1932).
- RONSE. — Les bases hydroliques de la rachi-anesthésie (Journal de chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie, octobre 1932).
- SEBRECHTS. — Note au sujet de la rachi-anesthésie (Bull. de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, le 6 septembre 1931).
- WYBAUW. — A propos de l'emploi de la rachi-anesthésie à la percaïne hypobare, dans le service du professeur Neumann (Le Scapel, journal Belge des sciences Médicales, 26 novembre 1932).

En ma qualité de Censeur
de Tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*L'anesthésie rachidienne en
chirurgie gastrique.*

par Mademoiselle VERTSMAN

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier le 13 décembre 1933

Le Professeur,
V. RICHE.

Vu :

Montpellier, le 13 décembre 1933

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1933

Le Recteur,
TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

